This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A 3 9015 00382 719 6
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google

Digitized by Google

daß dieselbe manche bisher vindizierte und doch unhaltba
tion neuestens aufzugeben gewillt ist. Dahin gehört da
fast beharrlich festgehaltene Negieren des Vorkommen
Sekundärzustände — oder möge man es anders nennen
Amentia; hier hat *Kräpelin* nunmehr ausgesprochen, da
psychische Schwächezustände wahrscheinlich existieren;
ein prinzipiell wichtiges Moment; denn meint auch *Krä*
vielleicht mit Recht —, daß die sekundäre Schwäche der
mit dem hebephrenisch-katatonen Schwachsinn nicl
identisch sei, so fällt durch diese Annahme die prakti
auch prinzipiell nicht haltbare Übung, wonach Prognose
gnose im allgemeinen zusammenfallen.

Mit dieser eben kurz gestreiften Frage ist nun die
Existenz kombinierter Psychosen eng verwandt. Denn
dem Standpunkte steht, im Einzelfall immer möglic
klinische Gesamtheit zu erblicken, der entschließt sich
der Annahme einer Kombination von Psychosen naturge
im zwingendsten Notfalle. Jeder einzelne derartige Fal
der genauesten Analyse, sollen Irrtümer vermieden wer
diesem Sinne halten auch die in der einschlägigen
— und diese ist nicht groß! — niedergelegten Beoba
einer eingehenden Kritik zum überwiegenden Teil kaun
Namentlich handelt es sich häufig um Katatonien. Es
indes selbst bei strenger Auswahl, wenn auch sehr v
Fälle übrig, die schlechterdings eine andere Deutung
lassen.

Ein kurzer Rückblick auf die geschichtliche Entwick
in Rede stehenden Gegenstandes ergibt die nachfolgende
sächlichsten Daten, die uns gleichzeitig zeigen, in wie vers
artiger Weise der Begriff der „Kombination" im Laufe d
aufgefaßt worden ist, so daß man, ungeachtet der relativ
Literatur über diesen Gegenstand, sagen kann, daß fa
Autor ihm eine andersartige Auslegung gibt und die Fra
klärungsbedürftig scheint. Der Terminus „kombinierte P
findet sich expressis verbis scheinbar zuerst bei *v. Kraff*
Dieser Kliniker versteht darunter erstlich Geistesstörung

Digitized by Google

em die Kombination zweier neben- und durcheinander
auf nehmender Psychosen. Beispiele letzterer Art
ie Vergesellschaftung von Paranoia mit menstruellem
t Paralyse, Melancholie und periodischer Manie, ferner
artige Kombinationen mit epileptischen und alkoholi-
einsformen. *Magnan* widmet dem Zusammenbestehen
er Irrsinnsformen bei demselben Kranken ein eigenes
ch er bringt eine ganz analoge Umgrenzung und Ka-
r. Krafft-Ebing; es können nach ihm zwei Geistes-
— er berichtet selbst über Beispiele dreifacher Kom-
- gleichsam nebeneinander und ohne einander zu
n, bestehen; indes läßt er auch wahre Mischformen
r *Magnan* handelt es sich gewöhnlich um konver-
eredität: der Nachkomme vereinigt in sich gleichsam
sen der Vorfahren. *Billod, Hoestermann, Siemens,*
ick, Mendel u. a. hatten schon zum Teil in früherer Zeit
uistische Material zu dieser Frage beigebracht; es
h wesentlich um die Kombination paranoischer mit
chen Bildern. In späterer Zeit wurde die Frage
möller wieder aufs Tapet gebracht; ohne daß dieser
ell auf die Abgrenzungsfrage das Hauptgewicht legt,
doch wesentlich Kombinationen von Paranoia mit
scher — Manie. *Wattenberg* berichtet über einen
der später an Paralyse erkrankte und verstarb.
ucht die Kombinationsformen des Irreseins in zwei
u bringen: in assimilierte Psychosen, die entstehen,
endo- oder exogene Geistesstörungen sich vereinigen
und Alkoholismus, Hysterie und Paranoia, Hysterie
Imbezillität und Paranoia, Neurasthenie und Melan-
che „assimilierte" Psychosen bilden dann ein „unlös-
drom". Demgegenüber spricht er von koordinierten
ngen dann, wenn eine endo- und eine exogene Psy-
kombinieren (Paralyse und Paranoia, Morphinismus
ie, Alkoholismus und Imbezillität); solche Psychosen
zusagen keine innere Verbindung und seien in ihren

Digitized by Google

neuesten Zeit gehören noch die einschlägigen kasuistis
teilungen des wohl auch hier einzubeziehenden Falles
(episodische Katatonie bei Paranoia) und *Raimanns*
schaftung zweier alkoholischer Geistesstörungen) an.[1])

Vom Standpunkte klinischer Betrachtung aus hat
jüngster Zeit *Gaupp* in einer kritischen Untersuchun
Thema zugewandt. Er steht fast dem gesamten, in der
als Beitrag zu demselben niedergelegten Materiale recht
gegenüber. Seiner Definition nach kann man von kon
Psychosen nur dann sprechen, wenn sich entweder zu an
Anomalien Geistesstörungen als erworbene Psychosen hinz
oder wenn eine Geisteskrankheit durch andere, manch
zufällige Hirnschädigungen (Alkoholvergiftung, Blutgef
kung, senile Rindenverödung) kompliziert und in ihrem
Bilde und Verlaufe verändert wird.

Es lehrt also ein Überblick über die einschlägigen
lichungen, daß der Begriff der „Kombination" von Geistes
in der Literatur eine sehr verschiedenartige Interpretation
hat, ja daß sich seine Auffassung von *v. Krafft-Ebing* h
in mancher Hinsicht nahezu ins Gegenteil verschoben
scheint weder die Frage, ob der Begriff der kombinierte
störung das Bürgerrecht in unserem klinischen System ha
dessen etwaige klinische Abgrenzung irgendwie einde
gelegt. Dieser Tatbestand läßt es also vielleicht gere
erscheinen, wenn es hier versucht werden soll, einiges zu
dieses Themas beizutragen.

Es ist nun zu diesem Behufe wohl notwendig, s
Aufgabe in die Beantwortung zweier Fragen zu zerlege
und unter welchen Bedingungen kann man von kombinie
chosen sprechen, und gibt es psychische Erkrankungen,
für diesen Begriff zu postulierenden Prämissen nach
und Verlauf gerecht werden?

[1]) Nicht genügend geklärt erscheinen einige andere einschlä
wie die von Terrien u. a., auf die hier daher nicht näher e
werden soll.

ist nun ganz selbstverständlich, daß heutzutage niemand sammengesetzte Psychosen (im Sinne *Wernickes*, *Ziehens* nd kombinierte Geistesstörungen zusammenwerfen wird, nso ist heute wohl jedem Irrenarzt die Lehre, daß ein elbe psychische Krankheitszustand oft verschiedengefärbte u erzeugen vermag, in Fleisch und Blut übergegangen: wohl heute kaum mehr jemand etwa die paranoiden , wie sie im Verlaufe des hysterischen, epileptischen oholischen Irreseins vorkommen können, mit der echten nen Verrücktheit ohne weiteres identifizieren bezw. von linisch nicht unterscheiden wollen, niemand mehr ein es Zustandsbild bei irgendwelchen Psychosen einer echten n Manie für gleichwertig setzen u. dergl.; auch die Nicht-immung von Einzelzügen innerhalb einer Psychose oder repanz zwischen Affekt- und Vorstellungsleben beweist, heute wissen, keineswegs „Kombination". Diese Lehren *ns* — und *Kräpelins* — sind denn doch wohl der Psychiatrie nicht mehr innerlich fremd. Entschieden ute wohl jedermann als selbstverständlich postulieren, binierten Psychosen zunächst nur unter der einen Vor-g zu sprechen, wenn sich vollkommen auseinander zu Geistesstörungen im klinischen Sinne und nicht etwa schiedene psychotische Zustandsbilder miteinander ver-aften resp. aufeinanderfolgen, derart, daß jede der beiden der nach der anderen ihren besonderen Verlauf nimmt. lten wir uns nun aber damit begnügen, diesen Begriff durch diese eine Determinante zu bestimmen, so könnten t umhin, zuzugestehen, daß die Kombination von Psy-igentlich ein ungemein häufiges, ja ein fast gewöhnliches nnis darstellt. Denn es leitet ja gerade jene breite de-e Grundlage, auf der ein gut Teil aller Geistesstörungen erseits fließend hinüber zu einer Reihe ausgesprochener cher Zustände, die als klinische Entitäten wohl bekannt intellektuelle und moralische Schwachsinn, die schweren ionellen Hysterien, die zahlreichen Spielarten des Ent-reseins, sie alle bestehen ja in einer erklecklichen Anzahl

Digitized by Google

minder ausgesprochener Weise zu modifizieren; man
Koinzidenzfälle kann man geradezu als Krankheitstype
nen: es sei nur an gewisse Formen beim manisch-d
Irresein erinnert; so setzt ferner das Zusammenvorkor
Paranoia und Hysterie bekanntermaßen sehr prägnan
zumal bei weiblichen Kranken; ein ebenso wohlbekan
kommnis ist das Interkurrieren hysterischer Züge be
mentia praecox; wie oft ferner diese letztere sich auf
angeborener psychischer Defektzustände entwickelt, ist
bekannt, und nicht minder oft fußen Epilepsie und All
auf solchem Boden; fast jede Psychose kann übrigens ei
dermaßen stigmatisiertes Individuum befallen, und es ke
ja die oben herausgegriffenen Spezialfälle nur besonder
Typen solcher Koinzidenz.

Will man also den Begriff der Kombination von
nicht a priori jeder Grenzlinie berauben und nicht verflac
so erscheint es kaum gerechtfertigt, ja geradezu unkli
einer Kombination von Geistesstörungen zu sprechen
eine Psychose auf dem Boden psychischer Zustände
die man vielleicht am besten als habituelle psychisch
lien ansprechen kann; es hieße dies den von klinischen
punkten aus möglichst scharf zu umgrenzenden Begriff
bination" auf ganz alltägliche Vorkommnisse ausdehne
seines eigentlichen, möglichst neurologischen Vorbild
passenden Sinnes a priori vollkommen entkleiden; ba
da vielleicht bei manchen recht gewöhnlichen Krankh
bei genauerem Zusehen schier mehr „kombinierte" a
Fälle.

Nicht weniger inopportun will es mir scheinen,
„Kombination" zu sprechen, wenn jene Geistesstör
Gaupp als „zufällige" bezeichnet (Alkoholvergiftung
krankungen, senile Prozesse), irgendeine Psychose m
Es ist ganz klar, daß es sich da um akzessorisch
handelt, deren Hinzutreten zu einer Geistesstörung ke
geren, aber auch keinen größeren klinischen Seltenhe

g. Speziell die Alkoholvergiftung in ihren mannigfachen
hen Entäußerungsformen hat sich durch ihre Frequenz
rtiges Bürgerrecht in der Psychiatrie erworben, daß es
ruchtbar sein dürfte, von Kombinationen zu reden, wo eine
sche Geistesstörung akzessorisch zu einem anderen
itsbilde hinzutritt. In wie vielen Fällen von Epilepsie
wir da nicht von „Kombination" sprechen; wie gewöhn-
das Vorkommen akuter Alkoholpsychosen im Beginn einer
! Und was wiederum die senilen und arteriosklerotischen
anbetrifft, so setzen auch sie gleichsam erworbene
sche Habitualanomalien, so daß der Begriff der
nation" mehrerer Geistesstörungen sensu strictiori auch
r Lesart jener scharfen Umgrenzung entkleidet wird, deren
den oben berührten Gründen so dringend bedarf.
nden wir uns nun einer weiteren Gruppe von Vorkomm-
u. so stoßen wir zunächst auf die Tatsache des Zusammen-
nens zweier oder mehrerer Krankheitsäußerungen auf
amer greifbarer Basis; hierher gehören zunächst die
achen Formen des alkoholischen Irreseins, selbst dann,
an mit *Raimann* für jede einzelne derselben ein anders-
auf die Alkoholdurchseuchung des Stoffwechsels zurück-
s Toxin annimmt: die gemeinsame greifbare Grundbasis
in allen diesen und ähnlichen Fällen identisch. Und
nn doch auch nicht von einer kombinierten Erkrankung
, wenn verschiedene tuberkulöse oder verschiedene syphi-
Krankheits-Manifestationen in einem Falle gleichzeitig
ieren; abgesehen wieder von dem in rein praktischen
gen gegründeten Bedenken: denn wie ungemein geläufig
bei einem Alkoholdelir Züge einer Halluzinose oder des
off oder bei einer Halluzinose manche Züge des chroni-
lkoholwahnsinns. Es bedeutete wiederum eine keines-
bedenkliche und zu klinischen Rückschritten disponierende
wollte man in solchen Fällen gleich von Kombinationen
, wo es sich nur um eine Konkurrenz verschiedener
itsäußerungen aus derselben gemeinsamen Krankheits-
e handelt. Es ist klar, daß die gleichen Erwägungen

Digitized by Google

haben; vielleicht ergibt speziell bezüglich letzterer das der kürzlich von *Raimann* entwickelten Anschauung Anhaltspunkte zur Rechtfertigung dieses Standpunkte gerade dieser Autor für die verschiedenen hysterischen den Standpunkt vertritt, daß sie ihrem inneren Wesen verwandt seien.

Es scheint nach jeder Richtung hin inopportun, sammenvorkommen innerlich nahe verwandter Psych Kombination zu sprechen. Wann also werden wir die keit haben, dies zu tun? Vielleicht darf nun hier an führungen *Ferenczis* angeknüpft werden; wir werden nahmen dieses Autors gewiß nicht in allen Details b können, denn es erscheint erstens die Unterscheidung exogener Psychosen nach dem heutigen Stande unser gischen Kenntnisse zumindest in manchen Einzelheiten lichem Werte, wie schon einmal *v. Wagner* anderwä hat, und andererseits erscheint auch das Speziellere an teilung *Ferenczis* in vielem recht anfechtbar; es ist einzusehen, warum beispielsweise Paralyse und Alk homogene, Morphinismus und Hysterie oder Alkoholi Imbezillität dagegen heterogene Psychosen darstellen s sind zum Teil geradezu unrichtige Annahmen. aber von solchen Details, scheint mir *Ferenczi* nicht Unrechte, wenn er auf die bekannten — sit venia verb laritätsverhältnisse zwischen den einzelnen Psychosen die, lange schon bekannt, durch die unter *v. Wagn* ausgeführten Arbeiten von *Pilcz* und *Raimann* viell Art ätiologischer Basis erhalten haben. Es ist indes hier erforderlich, so weit zu gehen, denn gerade von eine schen Klassifikation der Geisteskrankeiten sind wir weit entfernt. Es sollte hier nur an die rein klinisch-e Tatsache der Affinität resp. des Antagonismus bestimm chosen zueinander angeknüpft werden.

Und da ist nun die Tatsache nicht zu bestreiten gewisse Geistesstörungen gibt, die zueinander in einer

gewisse degenerative Psychosen einander zu widerpflegen. Bekannt ist die Seltenheit der Verbindung alyse mit dem manisch-depressiven Irresein im gleichen *Pilcz* konnte seinerzeit nur einen ganz einwandfreien n Kasus in der Literatur ausfindig machen, den von Nicht viel weniger rar scheint auch die Verbindung hronischer Paranoia mit Paralyse; es sind wohl eine erartiger Fälle in der Literatur beschrieben worden, lten bei näherer Prüfung heute kaum einige derand: allenfalls könnte vielleicht der erste der drei Fälle *anns*, wenn auch mit großer Reserve, hierher gezählt Auch hier liegt ein exzeptionelles Vorkommnis vor, ieder zwei Psychosen, beide als solche im späteren ftretend, beide aus dem Rahmen eines einfachen psychon Habitualzustandes weit heraustretend und dabei n ganz verschiedenartiger Genese und Dignität, mitsich verbinden: Hier liegt eine exquisit degenerative, exquisit erworbene, engumschriebene Psychose sensu vor. Und derlei Verquickungen scheinen erfahrungslten und exzeptionell.

sie kommen vor, wenn auch als Ausnahmen! In Fällen tritt der Terminus „Kombination von Psyim klinischen Sinne des Wortes in seine Rechte. ls können derlei echte Kombinationen verglichen oder in em genannt werden mit dem koexistierenden, akzesssorid konkurrierenden Zusammenvorkommen verschiedener thischer Zustände und Geistesstörungen, von denen vorede war. Und es empfiehlt sich, den Begriff der „Komnur für Vorkommnisse jener oben erwähnten Art zu n, soll er seines klinischen Sinnes nicht beraubt werden. nun mit den soeben aufgezählten Fällen die Liste der h vorkommenden echten Kombinationen bereits erschöpft? gs! Wir kennen noch eine andere Reihe voneinander oder selbst zueinander antagonistischer Psychosen, die n, aber doch ab und zu zusammen vorkommen. So be-

Amentia im Verlaufe der chronischen Verrücktheit in
ratur mehrfach beschrieben, und es wurde dabei gerade
hingewiesen, daß durch gewisse paranoische Wahnid
giftungsfurcht) sekundär Inanition erzeugt und so der
die Entwicklung einer Amentia geschaffen werden kann.[1]
lich aber liegen hier exzeptionelle Fälle vor, die wohl
eine innere Verwandtschaft zwischen Pananoia und A
zeugen geeignet sind. Eine solche Kombination konn
unserer Klinik beobachten.

Es handelte sich um eine 50jährige, hereditär belastete Pfrü
der sich um die Zeit des Klimakteriums herum ein regelrecht p
Krankheitsbild entwickelte: die Kranke hatte lebhafte Gehörst
meist Stimmen beschimpfenden Inhaltes; auch Pseudohalluzinati
zu verzeichnen, ebenso Täuschungen im Bereich des Hautsin
Organempfindungen und (fragliche) Gesichtstäuschungen. Sie g
von unsichtbaren Geistern geplagt. Äußerlich war sie stets ge
orientiert, arbeitete; versuchte später auch zu dissimulieren.
neunmonatigem Anstaltsaufenthalte begann sich eines Tages ein
Verworrenheit zu etablieren, Patientin zeigte lebhafte Angst, m
leise, gab nur wenig Auskünfte, äußerte die Befürchtung verbrann
begann zu abstinieren; unter kurzen Intermissionen stieg die ä
worrene Agitation immer mehr an, die Kranke abstinierte hartnä
und schrie furchtbar bei jeder Prozedur; nach mehrwöchentliche
stellte sich Diarrhoe und dann Fieber ein und die Patientin ve
darauf. Bei der Obduktion fanden sich u. a. neben allgemeine
mehrfache Abszedierungen in den Organen und Enteritis mit
bildung in und um das Coecum.

Hier sehen wir also zu einer Paranoia eine Psy
der Amentiagruppe — auf vermutlich interner Grundlag
zutreten. Ein noch weitaus selteneres Akzidens als e
immerhin plausibles Vorkommnis dürfte wohl die K
Paranoia—zirkuläres Irresein darstellen.

Von dem sehr spärlichen Material der einschlägigen Lite
fast nur Fall 1 von *Mönkemöller* einer strengeren Kritik stand
einer Zirkulären, die ich selbst eine Zeitlang beobachten konnt
der manischen Phase konstant ganz auffällige, paranoid gefärbte

---

1) Vielleicht ließe sich manches amentiaartige Bild auf der Hö
depressiver Irreseinszustände als sekundär (Inanition, Erschöpfun
Universitätsbibliothek

all und in den depressiven Phasen nicht ganz korrigiert wurden. ien mir dieser Fall nicht einwandfrei genug, um ihn neben der n Beobachtung *Mönkemöller*s als gleichwertig figurieren zu lassen, h die von der Kranken — einer Frau im klimakterischen Alter ierten Wahnelemente und Sinnestäuschungen einen dermaßen para- Charakter und selbst eine Systematisationstendenz zeigten, die über manisch-depressiven Irresein diesbezüglich gewohnte Maß doch ßen hinausgingen.

wandfreie Fälle solcher und ähnlicher Art sind also ußerst selten; es sind aber Ausnahmsfälle, echte Kom- nen völlig disparater Geistesstörungen, deren Zusammen- nen wir sicherlich stets erst in letzter Linie, gleichsam usionem, diagnostizieren werden, zumal ja bei einfachen örungen, z. B. bei der Dementia praecox, die Verquickung ost zirkulär verlaufenden Stimmungsanomalien mit para- Zügen vorkommen kann. Sicherlich aber geht *Gaupp* zu enn er die Existenz solcher echter Kombinationen schlank- treitet und vom klinischen Standpunkte aus „vor allem ombination von affektiven Psychosen mit paranoischen ungen" anerkennen will. Solche Ausnahmsfälle ver- doch weder der klinischen Richtung noch ihren großen nschaften Einbuße zu tun; mit der nötigen Präzision um- stützen sie diese vielmehr.

d nun die bisher erwähnten Fälle Beispiele zum Teil simul- Kombination, so gibt es wieder andrerseits solche, wo lleicht von sukzessiver Kombination zweier Psychosen kann. Hierher ressortiert wohl in vieler Hinsicht schon nbination zirkuläres Irresein — Paralyse, insofern diese Psychosen einander aus naturnotwendigen Gründen zeitlich n ablösen. Ferner ressortiert hierher die seltene Kom- von genuiner Epilepsie mit Paralyse. Fraglich erscheint ob es ganz statthaft ist, Fälle, in denen eine Lues ce- eine Paralyse hinüberleitet, als echte — sukzessive — ation anzusehen, insofern beide auf verwandtem, wenn cht identischem Boden fußen.

enso wie natürlich bei der simultanen Kombination, können, st temporär, auch bei der sukzessiven Kombination von

eine Art Mischzustand ergeben, wie ihn etwa *Mönkemöller* darbietet. Gerade dieses mehrfach beschriebene gege Sichdurchdringen verschiedenartiger Psychosen im gleich punkte, wie es in der einschlägigen Literatur mehrfach bes worden ist, setzt natürlich die größten diagnostischen Sc keiten und muß stets zur größten Vorsicht mahnen. Lie gerade da die Gefahr sehr nahe, zusammengesetzte und nierte Psychosen miteinander zu verwechseln, was gew da und dort vorgekommen sein mag. Man wird fordern daß zur Diagnose „Kombination" nicht bloß ein synchrones einander von Zügen verschiedener Psychosen, sondern vo eine gewisse Unabhängigkeit der einzelnen Teilphasen samtkrankheitsbildes nachgewiesen werden, daß jede der während eines längeren Zeitabschnittes wenigstens in m ungetrübter Reinheit nachgewiesen werden muß. Insofern wir eigentlich den Unterschied zwischen simultaner und siver Kombination gewiß nur als einen gradweisen — un als einen wesentlichen aufzufassen geneigt sein, insofe m ersten Falle innerhalb eines freilich nach zwei Richtun begrenzten Zeitraumes die beiden heterogenen Phasen gege der sich abgrenzen resp. aufeinanderfolgen, während wieder seits bei den Sukzessivkombinationen ein temporäres Konk der disparaten Einzelzüge in der Übergangszeit nicht gan wöhnlich ist, wie das Studium der einschlägigen Kasuisti

Hinweisen möchte ich noch kurz auf jene, wie es vereinzelt vorkommenden sukzessiven Kombinationen, in sich an eine Amentia eine Paralyse anschließt. Eine bisher beachtete sukzessive Kombination scheint aber die von m depressivem Irresein und Katatonie zu sein. Einen Fal Art, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, möchte i kurz mitteilen.

Es handelte sich um einen 23jährigen hereditär belasteten Mann, der nach der Anamnese schon vor etwa zwei Jahren eine isch Psychose vom gleichen manischen Typus[1]) durchgemac

[1]) Die bezüglichen Daten verdanke ich der Liebenswürdigkeit d k. u. k. Reg.-Arztes Dr. *Mattauschek*, der den damals im militärische

inik ging er nun mit einer ganz typischen Manie zu (Dezember
bot das Bild gehobener, bald heiterer, bald zornig gereizter Stim-
gesteigerter Erregung (Rededrang, Ruhelosigkeit), war renommier-
ätentiös und anmaßend in seinem Auftreten, bot ganz typische
dar, querulierte, hetzte, haderte, malträtierte seine Umgebung,
l nach unten hin, servil, wenn es ihm paßte, nach oben hin, dabei
lnet und orientiert, kurz, die klassische Erscheinung der Folie
mit dem so häufigen degenerativen Einschlag; keine Züge wiesen
verblödung oder auch nur intrapsychische Inkoordination hin. Im
904 trat passager ein bisher ungewohnter Pietismus bei dem
Erscheinung, er gefiel sich ostentativ in der Pose eines reli-
yrers, gab indes dieses Spiel bald auf, es trat wieder das frühere
Folie raisonnante in den Vordergrund. Im November vorigen
auf, daß der Kranke viel grimassierte und monologisierte. Bald
luzierte Patient verworrene, religiös gefärbte Wahnideen, berichtete
nhafte Halluzinationen fast aller Sinne, die er schon länger zu-
n will, produzierte Erinnerungsfälschungen; die Diktion, anfangs
tlich ideenflüchtig, ward immer verworrener, nahm in bedenk-
e eine wortsalatähnliche Färbung an. Im Laufe des Winters nun
Zustandsbild immer mehr den Charakter einer Katatonie an, ver-
egung und Stuporphasen wechselten, kataleptische Erscheinungen,
natie und negativistische Züge konkurrierten in regellosem Durch-
as Gebahren des Kranken, seine Diktion nahmen einen läppischen,
zerfahrenen und faseligen Charakter an, sinnlose Raptus und
n ohne Affekt und ohne Konsequenz traten in Szene. In diesem
en Zustande ward der Kranke Ende Juli des letzten Jahres in
sche Heimatsanstalt transferiert. In der letzten Zeit seines Hier-
sich ungeachtet der Konstanz, ja Verschlechterung im psychischen
r früher gesunkene Ernährungszustand wieder gehoben.

and wird die Tatsache bestreiten, daß der Katatonie
epressive, dem manisch-depressiven Irresein katatone
n sein können: Im vorliegenden Falle aber ist es
vungenheit schlechterdings unmöglich, die erste Phase
„katatonisch" oder die folgende noch als „manisch"
Ich lasse hier die Krankheitsgeschichte selbst, von
en einen Abriß gab, mehr in extenso folgen.

—

tehenden Kranken auf der psychiatrischen Abteilung des Gar-
Nr. 1 in Wien beobachtet hat. Im Intervall, welches auf die
krankung folgte, war der natürlich seither ins Zivilleben über-
h. K. in Wien ansässig und tätig (siehe weiter unten die Krank-

Th. K., am 7. Oktober 1880 zu Przmysl geboren und nach
(Galizien) zuständig, katholisch, ledig, ohne Beruf, zuletzt hier
wohnhaft, wurde am 19. Dezember 1903 vom Beobachtungszimm
niederösterreichische Landesirrenanstalt überbracht.

Daten vom Beobachtungszimmer des allgemeinen Krankenha
rere des Polizeiarztes vom 9. Dezember 1903: Th. K. erschien heut
kommissariate der Polizeidirektion und klagte über hochgradige
er könne nirgends Hilfe erlangen. Niemand sei bisher imstand
ihn von seinem Nervenleiden zu befreien. Beim ärztlichen Exame
Obgenannte über seine Generalien ganz korrekte Antworten, er
räumlich und zeitlich gut orientiert, ist jedoch in sehr hohem
geregt, er klagt, daß er schon seit langer Zeit nervenleidend
stande sei, irgend einem Berufe nachzugehen: heute hätte seine
einen so hohen Grad erreicht, daß er nahe daran war Selbstm
gehen, nur der Umstand, daß er ein frommer Christ sei, habe ih
Selbstmordideen abgebracht. Der Untersuchte ist usw. — Ankun
zember. Ruhig geschlafen. Examen: Orientiert. Sei wegen seiner
lebensüberdrüssig. Ist empört über die Behandlung beim Polizeik
sei unglücklich, aber ein Ehrenmann, lasse sich diesbezüglich
treten. Das Beleidigende bestand in dem wiederholten Anschau
er ein Verbrecher sei; meint, er sei aus guter Familie, könnte
Geld haben, wenn er nur wollte, habe für Geschäftsunternehmu
außerordentliche Begabung, sei geschickt, habe ein vorzügliches
Möchte auf Grund seiner Erkrankung mit Hilfe eines Advokaten
Familie Geld bekommen und im Auslande irgend ein Geschäft
Ein Onkel habe für ihn Geld deponiert, davon bekam er bereits
wolle man ihm nicht mehr geben. Vater angeblich Generalst
später Oberingenieur bei der Bahn, war auch nervös, jähzorni
„Zuckungen" im Gesicht, starb an Magenkrebs. Nächste Verw
Vaters ebenso nervös, aber nicht geisteskrank. Von vier Brüdern
falls choreatische Zuckungen. Mutter gesund. Patient selbst
Angabe nach nie schwerer krank, seit frühester Jugend hochgra
choreiforme Zuckungen im Gesicht und in der Schulter. Anfalls
schlimmerung dieses Zustandes. Nach Absolvierung des Gymnasi
Matura) sei er durch ein halbes Jahr herumgefahren, um ein G
erlernen, das Geld hierzu erhielt er von seinen Eltern aus seinen
Er fand nichts Passendes, trat in den Militärdienst ein. Nach z
wegen „Nervosität" superarbitriert. Seither verdiente er sich seine
meist als Fremdenführer für die nach Wien zugereisten Polen u
Wenn er aus der Zeitung erfuhr, daß irgend ein reicher Russe oder
Wien komme, stellte er sich als unglücklicher, aber gebildeter Land
und offerierte seine Dienste; habe dadurch jeweils 5—10 fl. verdient.
zember wurde er vom hiesigen Ambulatorium, das er wegen seiner

somat.: Choreatische Zuckungen in beiden Gesichtshälften und
r. Schädel 55. Pupillen reagieren prompt; P. S. R. vorhanden.
olisches Geräusch an der Herzspitze. — Verlauf: 12. Dezember
eitsüchtig, klagt über die schlechte Kost und über das geringe
Zunehmende Exaltation.
em Abgange: Kein Trachom. — Psychiatrische Diagnose: Manie.
zember. 10 Uhr vormittag Ankunft an unserer Klinik. Vollkommen
Temperatur 36,4, Gewicht 56 kg.
zember. Patient begrüßt bei der Aufnahme den Arzt mit einem
Worten und einer Unzahl von Wünschen, die bei Kostverände-
nnen und sich allmählich bis auf die Entlassung erstrecken. Er
ehr lebhaft gegen seine Internierung hier, er sei nicht krank, er
ös, er brauche nicht in einem Spital zu sein, er habe reiche An-
raußen, die sich seiner annehmen können, er sei geistig gesund;
enommierender Weise zu erzählen, wie viel er sich verdient habe,
ntschieden dagegen, daß er Fremdenführer gewesen sei (eigene
abe des Pat.), er war „Gesellschafter", habe etwas gelernt (seine
enntnisse sind aber sehr dürftig), die hiesige Behandlung, der
alt, die Verköstigung entsprechen durchaus nicht seinem Stande,
erbesserung, er wolle hier wohl arbeiten, verlangt aber, daß er
leiben dürfe; allenfalls liege er lieber beschäftigungslos im Bette.
ekriminationen über die Polizei, die ihn fälschlich hereingebracht
olcher Weise wechseln in bunter Reihe, ohne daß Patient bei
längere Zeit standhielte, Renommagen und Querelen miteinander
ist die Stimmung eine gehobene, bald zu Späßen und Auf-
n, bald wieder zu leicht zornmütiger Erregung hinneigende,
ester beharrend. Die Produktivität ist gering, desgleichen die
ische Erregung; kurz das Bild der Hypomanie. — Somat.: Groß,
g genährt; Andeutung von Spitzkopf und Plagiocephalie; Hirn-
h ohne pathologischen Befund. Choreiforme Bewegungen vide
hichte vom B.-Z. S.R. mäßig lebhaft. — Ohrläppchen akkret, steiles
lbe, Torus palat. — Leises systol. Geräusch an der Herzspitze;
pathologischen Befund. Urin ohne pathologische Bestandteile. —
er. Bezüglich seines seinerzeitigen Aufenthaltes im Garnison-
befragt, negiert er strikte, damals geisteskrank gewesen zu sein.
glich an, zeitweise ohne Motiv sehr niedergeschlagen gewesen zu
Dezember. Anspruchvolles Gebahren, streitsüchtig und reizbar,
nderen Patienten in Konflikt, wurde auf die unruhige Abteilung
28. Dezember. Anhaltend leicht erregbar, prätentiöses Auftreten,
und überhebt sich, neigt zur Denunziation von Mitkranken. Bis
n Saale haltbar.

Ein Bruder des Patienten gibt zur Anamnese an: Angeblich
igungen bei der Geburt, angeblich stets gesund, nur stets auf-

Digitized by Google

Schädeltrauma. Patient wurde zum Militär assentiert, diente drei
letzten Dienstjahre wurde er sehr erregt, beschimpfte den Haupt
Kompagnierapporte, wurde als der Geistesstörung verdächtig ins
spital Nr. 2 überstellt; nach zweimonatigem Spitalsaufenthalte sup
mußte er noch längere Zeit zu Hause gehalten werden. Dann ward
und nahm seine Tätigkeit als Geschäftsreisender wieder auf, war j
Zeit ohne festen Posten. Seither hat Dep. den Patienten aus
verloren. Über depressive Phasen ist ihm nichts bekannt. Patient
intolerant gegen Spirituosen: doch kam es nie zu Anfällen irg
Art. 1. Januar. Pat. ist andauernd sehr erregt und streitsüchtig,
Mitkranke los, isoliert. — 9. Januar. Kann nur isoliert gehalt
ist überaus streitsüchtig, rauft, schimpft in den stärksten Aus
21. Januar. Die Erregung klingt ab, er beschränkt sich darauf,
stets in fast servil-höflicher Weise zu apostrophieren und sucht
kramen ganz unangebrachter lateinischer Floskeln (si tacuisses,
mansisses u. a.) zu imponieren: kann tagsüber auf der ruhigen
gehalten werden. 23. Januar. Die Beruhigung ist zunehmend, t
der ruhigen Abteilung haltbar, sondert sich von den übrigen Kra

1. Februar. 57½ kg. Erregung wieder ansteigend. 3. Febru
mußte wieder isoliert werden, hat zahllose Wünsche, schimpft, räs
andere, queruliert, sucht die Umgebung zu denunzieren. 25. Febru
leichtes Abklingen der Erregung, kann tagsüber auf der ruhigeren
gehalten werden.

1. März. 54½ kg. 10. März. Wieder hochgradig erregt,
durch alles und jedes beeinträchtigt, „man tue ihm alles zum
18. März. Patient abstinierte durch einige Tage, äußerte die Abs
60 Tage nichts zu essen, „weil er sich für Gott vorbereiten müsse
platt auf den Fußboden, meint „er müsse leiden, Gott habe no
leiden gehabt". Gefällt sich in der Pose eines Märtyrers, spricht
göttlichen Mission, dabei keine Halluzinationen nachweisbar. He
fütterung, die er ruhig und resigniert über sich ergehen läßt. —
Seit der Sondenfütterung ißt er wieder, bittet selber, in der Ze
zu dürfen, verhält sich hier auffallend ruhig, begrüßt die Ärzte
freundlich, ist gegen andere schroff und kurz angebunden, besc
in auffallender Weise mit religiösen Übungen und Gebeten, gefällt
Märtyrerpose.

1. April. 53 kg. [illegible]. April. Patient reizt sich gewaltsam z
geht unruhig in der Zelle umher, breitet seine Gebetbücher in
Weise am Boden aus. [illegible]. April. Drapiert die Zelle mit Heiligen
Zeitungsausschnitten allgemeinen Inhalts „der Erfolg ist sicher"
ostentativ platt auf den Boden, will sich über diese zeremoniösen
näher aussprechen. Seine Attitude, die er zur Schau trägt, ha
stolzer Resignation. Betet heißig, kniet nieder, tut sehr pathetisc

Digitized by Google

. 53½ kg. — 8. Mai. Patient heiter, gestikuliert, grimassiert, ch derart mit sich selber, springt und tanzt herum. Isoliert. — tient ist ruhiger, wieder im Saale haltbar. — 22. Mai. Ist auf en Abteilung noch nicht haltbar, provoziert dort Streitereien, ist l renommiersüchtig, jegliche Einsicht mangelt.

. 58 kg. — 8. Juni. Auf die ruhige Abteilung versetzt, drängt rend weg, hat stets zahllose Wünsche, sehr anspruchsvoll, verlangt ichen Begünstigungen, ist vollkommen einsichtslos. — 12. Juni. die unruhige Station rückversetzt, da er Mitkranke neckt und m sie hinterher als die Schuldtragenden zu denunzieren. — 18. Juni. isoliert bleiben.

58½ kg. — 10. Juli. Auf die ruhige Abteilung transferiert.

ust. 56½kg. Der Versuch, ihn tagsüber auf der ruhigen Abteilung cheitert, da er überall Skandal provoziert, mit Mitpatienten rauft, l durch sein anmaßendes Benehmen in der Umgebung Ärgernis er- August. Pendelt meist zwischen der ruhigen und unruhigen Ab- nd her, ist zeitweise durch mehrere Tage ruhig, fast einsichtig, um Teil seine Renommistereien, dann aber wieder stürmisches , zahllose Ansprüche und Konflikte mit der Umgebung. — Patient ist sehr erregt wegen eines Konfliktes, schimpft; auf die teilung rückversetzt.

ember. Gewicht 57 kg. Ist jetzt bedeutend ruhiger, kommt nun- r in Konflikte mit der Umgebung, ist aber noch deutlich reizbar, stig, deutlich ideenflüchtiger Assoziationsgang; anspruchsvoll in ahren.

tober. Tagsüber auf der ruhigen Abteilung haltbar. — 19. Oktober. ige Abteilung versetzt. — 30. Oktober. Die Reizbarkeit ist mehr en, es überwiegt die hypomanisch-heitere Verstimmung. Patient ch meist mit sich selbst, ergeht sich in allerhand läppischen gungen, springt herum, lacht; dann wieder irgend eine Lektüre. e Einsicht, gibt zwar zu, „früher" krank gewesen zu sein, datiert hon ein halbes Jahr zurück, will nicht zugeben, daß er in der ne noch ungemein reizbar und streitsüchtig war, will sich auch seinerzeit in der Zelle bekundete Verhalten erinnern können, er von Selbstkasteiungen, Beschimpfungen, die er ausgestoßen, isse „rein eine Verwechslung" sein; sehr lebendige Mimik; Selbst- (bezüglich Stellung und Abkunft) besteht noch. Die sonstigen („Befreiung Polens") in Abrede gestellt, beteuert sein Öster- hält sich für gesund, drängt aber nicht sonderlich nach Ent- genartig devotes und maniriertes Gebahren, motiviert das damit, Reisebegleiter hoher Herrschaften Etiquette" habe.

ember. 54½ kg. Ruhig. Gestikuliert und grimassiert oft, mo- dabei unverständliches Zeug. Streitsucht zurückgetreten. —

er werde „von Elektrizität heimgesucht". er wisse wohl, daß es
Prüfung sei, er werde hier darum nicht darauf reagieren. — 14.
Erzählt, es gehe eine große „politische Sache" vor, er bekomme „ve
Träume". Man gebe ihm „Zeichen", „Gedanken". — 20. Novemb
aus der Kirche (Gottesdienst) schreiend und lärmend zurück; ist
einigen Tagen wieder erregter, auf die unruhige Abteilung ve
21. November. Patient ist sehr erregt, sagt, er werde „von der Ste
durch Elektrizität behandelt". Berichtet über Gehörstäuschungen.
vember. Meint heute, er sei geistesgestört gewesen, führt darauf se
Reizbarkeit und die Konflikte zurück, seit Halbjahrsfrist aber sei
habe sich nur absichtlich erregt gestellt, um krank zu scheinen, um z
der heilige Patron seines Namens wollte selber, daß er hier in der
ganz gesund werde. In völlig ideenflüchtiger Diktion erzählt der
ganz orientierte, aber schwer fixierbare Kranke etwa folgende, von
Erinnerungsfälschungen strotzende Geschichte: Vor zirka 1½ Jahr
seinen Bruder, einen Jesuiten in Zakopane (Galizien) um ein Gebe
einen Rosenkranz gebeten, dieser habe ihm das Gebetbuch eines
gegeben; es sei ihm jetzt eingefallen, daß damals ein Kind dabei
leicht um zu spionieren, da die Leute einen Verdacht zu haben
daß er (Patient) zu einer besonderen Mission bestimmt sei und s
mit ihm konspiriere. Er sei überhaupt stets sekkiert worden,
nicht, was das zu bedeuten hatte: jetzt sei ihm auch darob ein L
gangen; alles ist nur eine Prüfung; er behauptet Stimmen zu hö
hier in der Irrenanstalt sei; er wollte nur früher nicht das Gehei
geben; den öfteren, oft ganz sinnlosen Gebrauch des Wortes „d
in seiner Diktion motiviert er etwa dahin, daß „Dogma" bed
Heiligste habe angefangen, ist geboren zuerst, dann so wie heiligste
ist Mutter Gottes heute, das ist nur Vorstellung, daß so sind die
sten Personen entstanden, erschaffen durch den heiligsten Gott" u
daran eine fast agrammatisch-ideenflüchtige Erzählung über biblis
monologisiert zwischendurch zeitweise abrupt; meint, er werde
heiligen Thaddäus dazu „gemahnt", diktiert darauf dem Arzt
seiner „Stimmen" als „Probe", ist schließlich kaum mehr zu fixi
heute auch zu, daß er seinerzeit in der Zelle viel betete, sich ka
stinierte, das habe ihm alles „der heilige Thaddäus befohlen", a
sich einen Zahn extrahieren lassen solle. Er müsse den anderen
sie bekehren, das sei seine Mission. — 25. November. Auf die un
teilung versetzt, monologisiert laut, schimpft. — 27. November. S
ungemein übertrieben-theatralisches Gebahren, ungeheurer Aufwand
Geste und Geschrei, Predigerton, übersinnlich gefärbte Diktion, a
Arzt als „Kardinal", fast agrammatisch-ideenflüchtig im Ausdruck.
durch auffällig prompt fixierbar, völlig orientiert, oft outrierte
durch bloßen suggestiven Zuspruch sind seine Redeergüsse inde

(Elektrizität, Stimmen „von der Sternwarte", „vom heiligen
bezügliche Angaben, bleibt jedoch kaum ein paar Sekunden beim
icht zornmütig gereizt, aber spontan nicht aggressiv. — 28. No-
auernd erregt, singt heute die Volkshymne, ungeheures Pathos,
hohen Persönlichkeiten, Kirchenfürsten u. dgl. sinnlos durch-

zember. 55½ kg. Patient ist erregt, schreit und schimpft. —
r. Andeutung von Katalepsie; ergeht sich in ganz albernem Ge-
on dem Kaliber wie etwa „er sei der Höchste, der Arzt der Zweit-
in Patient, den er gerade erblickt, „der Dritthöchste". Er er-
Teufel und den heiligen Thaddäus, höre deren Stimmen; in Geste,
nd — heiterem — Affektausdruck stets forciert-übertrieben. Iso-
Dezember. Ganz ungeändert. Teufelsvisionen und Stimmen, er
Befehl der „höchsten Gnade Gottes", sei aber „ein ganz gewöhn-
ch"; karrikierte Mimik, schreit sich allmählich in gewaltige Er-
ein, meint „der Kaiser sei von schlechten Menschen beraten, wende
den heiligen Papst, er müsse da sein Veto einlegen" u. ä. —
er. Patient bietet dasselbe Bild. Auf Befehl, event. passiven
Mundes seitens des Arztes, hält er prompt in seinen Redeergüssen
aus lautestem Geschrei heraus. Mimik fast karrikiert übertrieben.
iert. Dauernd isolierungsbedürftig. — 28. Dezember. Attackierte
Pfleger; gegen den gleichzeitig die Zelle betretenden Arzt nicht
aber barsch, tituliert ihn dabei als „österreichischer Präsident,
Abgeordneter, Eminenzkardinal"; auf Befehl des Arztes instantan
ungeheures, übertriebenes, zorniges Pathos; dauernd in der Zelle;
te er outriert geschrien, deklamiert und grimassiert, einen Arzt
nz-Kardinal-Kardinal" tituliert. Gegeneinwände (Nichtkatholizis-
rztes) „spielen keine Rolle"; auf Befehl des Arztes verstummt er
blicklich: bietet Katalepsie. — 29. Dezember. „Er ist König von
von sechs Weltteilen", „der schwarze Papst"; spricht krauses,
stbesten Einfällen entsprechendes Zeug, stets orientiert, spricht
ls „Herr Doktor" an, apostrophiert ihn dabei als „Erzbischof".

1. Januar. 57 kg. — 3. Januar. Patient monologisiert, polnisch
h durcheinander. — 4. Januar. Erregt, lärmt und grimassiert. —
Drängt sich an die Ärzte heran, küßt deren Beine, Stiefel und
Befragen darüber meint Patient: „Er müsse das tun", weist be-
l nach aufwärts, „der heilige Gottvater habe es befohlen". —
Wütende Aggression gegen den in die Zelle eintretenden Arzt,
ration ab; hat fast die ganze Nacht gelärmt.

ruar. 54 kg. — 4. Februar. Nach prolongiertem Bade ruhiger. —
Jammert, abstiniert heute (Obstipation), meint, „die Unendlichkeit
fang hätten ihm das Essen untersagt", daranschließend sinnloser
s. Den Arzt bezeichnet er als den „allerheiligsten Dr. Str." —

gradig erregt, schlägt und beißt um sich. — 5. März. Sprang aus raufte, wollte Ärzten und Pflegern die Genitalgegend ablecken, m „er sei geisteskrank, müsse das alles machen", küßt den Pflegern die 6. März. Dasselbe Verhalten wie gestern; Motiv: „er müsse für s büßen". — 19. März. Nimmt trotz wiederholten Zurufes von der Notiz, kauert weinend in der Zelle. — 20. März. Attackierte den ihm das Frühstück brachte. — 30. März. Zeremonielle Verbeugun Ärzte; Mutazismus, auf Schmerzreize zieht er die Hand brüsk etwa 15 Sekunden starr da, stürzt dann vor dem Arzt auf die Kni dazu gleichmäßig einige polnische Formeln. Bittet um Entlassung; zurückgeführt, ruft er aus „dann sind wir verloren".

1. April. Schreit dem Arzt entgegen, „er sei die Unendlichk strophiert ihn polnisch und deutsch, kniet vor ihm nieder, t „Heiligkeit", verlangt stürmisch die Entlassung. — 2. April. H Raptus von Erregung, rauft blind, schimpft; Wickelung. Beruhigt sic 4. März. Ruhig, betet in der Zelle, reagiert weder auf Zurufe Schmerzreize. — 5. April. Erregt, zerreißt, schlägt um sich, nimm Nahrung. — 11. April. Apostrophierte heute den Arzt mit dem Phrasenschwall, u. a. als „hölzerne Heiligkeit" (!). — 13. April. einen Pfleger zu Boden, schlug los, nimmt nur wenig Nahrung 14. April. Kniet nieder, faltet die Hände, meint, „er müsse büße wenig Nahrung zu sich. — 15. April. Kataleptische Stellungen Spannungszustände in der Muskulatur, Mutazismus; fast täglich morgens, ohrfeigt er einen bestimmten Pfleger, sowie dieser in die Z 16. März. Dauernd Zelle; Kreiselbewegungen in derselben; verzweifel Manegeartiges Umhergehen in der Zelle, „weil er wieder in die Z früher war, zurückwolle"; kniet dann nieder, bittet, seinem Wunsch zu drängt plötzlich wieder hinaus, rauft gewaltig. — 29. April. Patient isoliert, fast unzugänglich, rauft furchtbar. Steht öfters affektlos, klopfend an der Zellentür, sofort blind raufend, wenn man Annäh suche unternimmt. Dabei zeigt er keinen besonderen Affekt.

2. Mai. Heute bei der Visite ganz geordnet, läßt sich unters grüßt freundlich dem Arzt; plötzlich, ohne dabei irgendwelchen zeigen, stürzt er aus der Zelle, läßt sich aber wieder zurückfü allen Aufforderungen, dabei gezwungene, posenhafte Attituden. Immer das gleiche stereotype Verhalten. Dabei vollkommen aff grinsend, wenn er blind widerstrebt. Nie Motivation, meist mutistisch.

1. Juni. Läßt sich nicht wägen.

28. Juli. Dauernd das gleiche Verhalten. Guter Ernährun sichtlich zunehmend, trotz fast dauernder Isolierung. Bei Eintritt ruhig, ergeht sich in sinnlosen, abgerissenen, mit Anklängen an frü elemente durchsetzten, wortsalatartigen Phrasen, grinst dabei bez

s sogleich ab, immer konstant grinsend und sinnloses Zeug vozi-
abei den Arzt mit dessen Namen agnoszierend. Mit dem heutigen
riert in die Irrenanstalt Kulparkow (Galizien).

nn ja natürlich sein, daß der Kranke wieder einmal in
sion tritt.[1]) Solche, und selbst recht weitgehender Art,
r Katatonie, die hier zweifellos an ein echt manisches
bild sich anschloß, durchaus nicht fremd.

heinen denn nun die wenigen, bisher bekannten, ein-
n Kombinationen wohl ziemlich erschöpft. Gleichwohl
nach allem wohl sagen, daß der Begriff der Kombi-
Psychosen in der klinischen Psychiatrie ein bescheidenes,
sicheres Bürgerrecht beanspruchen kann. Es ist nur
ihn durch Ausschaltung aller nicht zugehörigen Formen,
eben hier versucht ward, schärfer zu umgrenzen, vor
g zu bewahren; selbstredend gehören auch die — —
- Sekundärformen akuter Psychosen nicht in sein Be-
nn aber kristallisieren sich die echten Kombinationen
Chaos heraus als simultanes Neben- oder sukzessives
der zweier oder mehrerer, in sich geschlossener und mit
r Sicherheit als disparat oder selbst antagonistisch zu
r Psychosen. In diesem Sinne können wir sie wohl
klinischen Standpunkt aus als zu Recht bestehend aner-

Zitierte Literatur.

ychiatrie, VII. Aufl., Leipzig 1903/04.

agestellungen usw., Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie,

Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 44.

ing, Psychiatrie, III. Aufl. Stuttgart 1888.

chiatr. Vorlesungen, deutsch von *Möbius*, Heft IV/V.

les médico-psychologiques, 1879.

b. d. Korr.: Nach einer mir im Januar 1906 zugekommenen
t seitens der dortigen Anstaltsdirektion ist der Zustand des Pat.

Digitized by Google

Siemens, Archiv f. Psych., Bd. X, und Neurol. Zentralbl. 1884.
Gnauck, Neurol. Zentralbl. 1882.
Pick, Prager medizinische Wochenschrift, 1882.
Mendel, Die progr. Paralyse, Berlin 1880.
Mönkemöller, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 58.
Wattenberg, Archiv f. Psychiatrie, Bd. 32.
Ferenczi, Ref. Neurol. Zentralbl. 1902, S. 865 (Orig. ungarisch).
v. Grabe, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 61,
Raimann, Die hyster. Geistesstörungen. Leipzig und Wien 1904
Raimann, Krankenvorstellung, siehe Wiener klin. Wochenschr. 19
bericht Psych. Ver.).
Raimann, Zeitschr. f. Heilkunde, 1902.
Gaupp, Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1903.
v. Wagner, Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., 1901.
Pilcz, Die period. Psychosen, Jena 1901.
Pilcz, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1901.
Scholtens, zitiert nach *Pilcz* (Orig. holländisch).
Stransky, Jahrb. f. Psychiatrie, Bd. 24, H. 1 und Zentralbl. f. Ner
u. Psychiatrie, 1904, H. 1.

Digitized by Google

Moralischer Schwachsinn.

Von

Dr. Heinrich **Schaefer,**
erarzt a. D. der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg.

Obersekundaner Y. beging einen Diebstahl an einem
neraden, dem er ein Briefmarkenalbum entwendete. Der
eber, zugleich sein Lehrer, riet den Eltern, da schon
„wunderliche Geschichten" vorgekommen seien, einen
t zu konsultieren. Ich wurde zugezogen und untersuchte
elterlichen Hause zweimal, ohne daß derselbe wußte,
ar. Da er die Absicht hatte, Marineoffizier zu werden,
gegeben, er solle auf seine körperliche und geistige
eit untersucht werden.
urde festgestellt, daß der Vater der Mutter ein perio-
Trinker gewesen, eine Schwester des Vaters war
ein Bruder des letzteren hatte Medizin studiert, ohne je
en zu machen, hatte zehn Jahre in Amerika in der
raktiziert, ohne etwas zu nehmen, war dann apathisch
inist geworden, mit 40 Jahren an einer Leberkrankheit

ch durch die Untersuchung zu dem Resultat kam, daß
ralischem Schwachsinn leide, faßte ich die Ergebnisse
Gutachten zusammen, welches zur Information der
nen sollte, da es sich um die Frage handelte, ob Y.
er auf der Schule bleiben könnte. Das Gutachten war

Digitized by Google

Er ist seinem Alter (fast 18 Jahre) entsprechend ziemlich groß, k
von gesundem Aussehen. Die Brust ist infolge nachlässiger Halt
flach, die Füße zeigen einen leichten Grad von Plattfuß. Sonst fä
noch auf, daß er die Stirne viel in Querfalten legt, und daß sich be
die linke Gesichtsseite etwas lebhafter zusammenzieht als die rech
Erscheinungen wohnt eine wesentliche Bedeutung nicht bei. Im l
sind Degenerationszeichen nicht vorhanden, Schädel und Gesicht sy
geformt, das Gebiß tadellos, die Sinne scharf, Sehschärfe 1, er
Ticken der Uhr auf 5 m im Zimmer, die Sprache ist ganz frei
Abnormitäten irgendwelcher Art fehlen. Sein Wesen ist frei, freu
scheiden, verbindlich, manierlich und läßt sofort erkennen, daß m
einem jungen Manne aus guter Familie zu tun hat, gemütlich mach
gutmütigen Eindruck. Der Gesichtsausdruck ist, wenn man sich
unterhält, durchaus intelligent.

Seine Geburt ging mit geringer Verzögerung bei Gesichtslage
von statten, er befand sich nach derselben völlig wohl und schr
Er lernte zur rechten Zeit laufen und sprechen. Im Alter von 7 Mon
einmal vom Bett ohne alle nachteiligen Folgen. Mit 6 Jahren
Masern und Keuchhusten durch. Einmal ist ihm eine kleine Drüse
Sonst war er immer gesund, hat nie an Krämpfen gelitten. Die vi
hat bisher nichts Auffälliges geboten. (Ein späterer Begutachter l
daß Onanieren vorgekommen ist.) Von Anfang an ist ihm da
schwer gefallen, er zeigte wenig Aufmerksamkeit und mußte
gehalten werden. Immerhin, wenn auch mit Hilfe vieler Privatstu
vor allem von früh an aufopfernder Teilnahme der Mutter an de
ist er soweit gekommen, daß er im Alter von 17 5/6 Jahren berei
in IIa sitzt als 23. von 28. Sonst ist er 1 Jahr in V, 1 Jahr in I
geblieben. Er sagt selbst, daß er den Dingen kein Interesse a
könne, am ehesten hat er noch Sinn für Mathematik, und auffall
ist ihm das Griechische sympathischer als das Latein, das
nehmste ist ihm der deutsche Aufsatz. Sonst ist er ein gewand
Radler, Sportsmann im Rudern und Segeln. Ist er somit kein hervo
auch kein Durchschnittsschüler, so wäre daraus durchaus noch
etwas Krankhaftes zu schließen. Eine ganze Reihe Schüler bleib
holt sitzen, sind immer unter den Letzten und bringen es nachher
doch zu etwas, ja aus solchen Schülern sind auch hervorragende l
keiten hervorgegangen.

Nun hat aber Y. nebenher Erscheinungen dargeboten, die bew
seine geistige Entwicklung der körperlichen nicht parallel verlaufe
er vielmehr geistig auf einer kindlichen Stufe zurückgeblieben
eine gewisse Schwäche (Imbezillität) darbietet, die auf einer k
Funktion der psychischen Zentren seines Nervensystems beruht.

Nach Angabe der Mutter ist Y. von Anfang an apathisch

hr ab stand er immer bei der Mutter herum, die ihn beschäftigen
nn von selbst tat er nichts. Im Alter von 6 Jahren ent-
er seiner Mutter 10 M., kaufte sich etwas für 10 Pf. und warf
les Geldes weg. Von der Zeit fing er auch an zu lügen, und
r in ganz dummer Weise, wo er es gar nicht nötig hatte;
blieben ohne allen Erfolg. Wenn er etwas gelesen hatte, wußte
halt nicht anzugeben. Sein Gedächtnis war gut, aber er konnte
enen Gedanken fassen, besonders beim deutschen Aufsatz. Mit
entwendete er 2 M. aus dem Portemonnaie einer bei den Eltern
h weilenden Dame. Er wurde nun nach auswärts zu einem Gym-
r in Pension gegeben. Dieser schickte ihn nach 2 Jahren zurück,
nicht erziehen könne und gab über ihn folgendes Gutachten
Gedächtnisleistungen sind noch eben genügend, die Begabung
lich unter dem Durchschnitt, er hat keine selbständigen Ur-
nd diese kindlich. Er lügt gewohnheitsgemäß um ganz gering-
hen, die er gar nicht zu vertuschen braucht. Er hatte einen Hang
ben für unnötige Sachen, auch für andere. Y. kam nun
rittes Gymnasium in nächster Nähe des elterlichen Wohnsitzes,
in Pension zu einem Professor. Aus dieser Zeit liegen folgende
isse vor: 1. Y. erhält eines Tages eine Karte von den Eltern durch
es Professors, durch die alle Postsachen gehen. Er läßt die Karte
auf seinem Tisch liegen. Zwei Tage darauf präsentiert er dem
lie Karte im Gymnasium mit dem Bemerken, er habe sie eben vom
bekommen und solle nach Haus kommen. Der Professor erwidert
r mein Sohn, der Briefträger gibt überhaupt doch keine Sachen
ium ab!" und konstatiert, daß Y. durch einen Tintenfleck, der
t war, den Stempel unkenntlich gemacht und mit Blei an den Rand
Notiz geschrieben: komme zu uns.

er ganzen Sache liegt eine Urteilsschwäche, die bei einem
auffällig ist. Einmal war das ganze Manöver gar nicht nötig,
Erlaubnis auf einfache Bitte erhalten hätte (Lüge, wo es nicht
er hätte auch mal ohne Erlaubnis die Eltern besuchen können
angegeben), die in einer halben Stunde zu erreichen waren. Dann
he doch zu dumm angefangen, bei dem Professor eine Leicht-
vorausgesetzt, die keiner seiner Altersgenossen angenommen haben
merhin ist das Vorkommnis allein bedeutungslos.

anderes Mal erwischt der Professor Y. im Speisekeller, wie er
ne Bier sich aneignen will. Er macht Y. die gebührenden Vor-
Belehrungen. Y. läßt alles über sich ergehen. Hinterher stellt
s, daß Y. vor der Tat dem Mädchen 10 Pf. zur Bezahlung und
Bieres gegeben hat, in der kleinen Sache also bona fide gehandelt
sagt er aber dem Professor kein Wort, der das wunderlich findet.
das legale Verteidigungsmittel als Mensch über 16 Jahren nicht be-

Google

nd gibt sie seiner Schwester, dann nimmt er das ganze Album
Haus, für die Schwester. Als das Fehlen bemerkt wird, meldet er si
Zu Haus läßt er aber das Album offen umherliegen, obwohl ihn
pensionär mitunter im elterlichen Hause besuchte, auch nachdem di
daraus ins Album der Schwester translociert waren. Der Profess
Verdacht auf ihn (!) und fragt die Eltern. Da wird also das Album
Die Schwäche liegt darin, daß er, nachdem das Album gesucht wu
selbe nicht vernichtete, sondern sorglos umherliegen ließ, daß es
stohlene selbst einmal finden konnte. Nebenbei hat er selbst keine
von der Sache gehabt, denselben einem andern unaufgefordert bereit
Sache kam dem Professor so wunderlich vor, daß er riet, einen N
zu konsultieren.

4. Von der Mutter wird mir ein Brief des Y. als Beweismat
Haus gesandt. Die Mutter (der Vater war abwesend) war verreist
Y. eine Summe Geldes für eine mehrtägige Radtour nach Z. gege
waren Ferien, die Y. aber in der Pension verbrachte. In dem Bri
er die Tour beschrieben und Rechnung gelegt. Ich konnte an de
nicht das Geringste finden. Die Mutter teilte mir beim nächste
mit, daß Y. die Reise gar nicht gemacht, sondern das Geld mit
in der Stadt verbummelt habe. Na, sage ich, das machen andere
hierher hatte ich nach Lage der Sache nur den Verdacht, daß es
Schwachsinn handeln könne, ohne ihn zu äußern. Nun höre ich,
folgendes: Y. hat, um den Professor zu hintergehen, die kritische
im elterlichen Hause geschlafen, was die Mutter natürlich sofort
Mädchen erfuhr, während sie etwas später den Brief empfing. Wie
fuhr nun die Gewißheit in mich, daß Schwachsinn vorliege, es
zweifellos. Den nächsten Schluß, daß er sich so selbst hi
mußte, unwiderruflich, hatte er nicht machen können, mit 17½ J
Obersekundaner! Als ich ihn über die Sache explorierte, meinte er
es sei gerade ein Mädchen abgegangen; als ich ihm erwiderte: „
doch zwei", wußte er nichts mehr zu sagen.

5. Y. hat die moderne Manie, aller Welt Ansichtskarten, m
einem Tage an dieselbe Person, zu schicken. Darin an sich nich
haftes. „Aber," sagt er eines Tags zur Mutter, „weißt du, warum i
soviel Postkarten geschrieben habe? Der Onkel (Postdirektor) ha
sagt, was die Post verdient, kommt der Flotte zugute." Bei der E
bestritt er, einen Scherz haben machen zu wollen, sondern es sei
danke für ihn das treibende Motiv gewesen. Für mich ist das S
sinn, ich räume aber ein, daß nicht jeder derselben 'Ansicht
gesunder, patriotisch gesinnter Sekundaner würde bei dem Tasche
Y. einen baren Betrag mal gegeben haben.

6. Er kauft teure Marken und verschenkt dieselben an Dame
er sonst kein Interesse weiter hat. Ebenso kauft er hinter de

rlangen. Tut so etwas ein gesunder Sekundaner?
Vor einigen Tagen sagt er zur Mutter, wenn er soviel Millionen hätte
Rhodes, würde er Kriegsschiffe kaufen und bemannen. Wi
xplorierte, erklärte er das nicht für Scherz, nahm auch die Beleh
ersekundaner von fast 18 Jahren), daß nur ein Staat eine Kriegs
ten, er sie ihm höchstens schenken könne, höchst matt und gleich
f.
In zwei verschiedenen Terminen fragte ich, was ihn zur Marine treibe
hine lagen acht Tage auseinander. Das erste Mal antwortete e
litschüler seien Marineoffiziere geworden, und denen gefiele es. Da
al, er habe einmal in Kiel das Bedienen einer Kanone auf einer
hiff gesehen, und das habe ihm so gefallen. Auf meinen Vorhal
ls Offizier doch keine Kanonen bediene, dies ja auch nur ein Te
stes sei, zuckte er mit der Achsel. Auf die Frage, ob ihn vielleich
chen fremder Länder reize, antwortete er: „O ja, das wohl auch.
e, ob er sich zur Marine hingezogen fühle, weil der Kaiser eine Vo
sie habe, beantwortete er direkt mit Nein, ebenso die Frage, ob e
ung des Offiziers wegen ihres Ansehens und ihrer politischen Bedeu
erstrebenswert halte. Was Offiziersein bedeutet, ist ihm überhaup
nd. Auf die Gefahren z. B. im Torpedobootsdienst aufmerksam ge
aß er da leicht das Leben verlieren könne, antwortete er ohne all
, das wäre ihm ganz gleichgültig, aber nicht aus patriotischer Be
g für die Sache, wie es beim echten Soldaten zutrifft, sondern e
s ist mir ebenso gleich, als wenn ich hier auf dem Wasse
eln verunglücke.“ Das Leben hat für ihn keinen Wert, aber nich
inne, daß er bereit wäre, es für eine ideale Sache hinzugeben. Da
schwachsinnige Beurteilung des Lebenswertes.
ließlich bekam ich einige Aufsätze zu sehen, zu denen auch di
elbst die Themata gestellt hatte. Wir wissen alle, was an solche
wird. Sie waren auch darnach, mit sinnlos abgeschriebenen Stelle
nd sie wertlos, aber im Zusammenhang mit der bisherigen Schilde
änzen sie das Bild intellektueller Schwäche.
s allem geht hervor, daß Y. von Kindheit an eine gewisse Schwäch
igen Wesens gezeigt hat. Diese Schwäche zeigt sich in einem eth
efekt, kausal eng verbunden mit intellektueller Unzulänglichkeit. Di
ttbare Neigung zur Lüge von Kindheit an, das dumme, un
igen, die Neigung zum Diebstahl sind die ethischen Defekte
en ist ihm von Kindheit an schwer geworden, indes nicht in de
aß damit allein ein krankhafter Schwachsinn anzunehmen wär
kommt hinzu eine Urteilsschwäche, die sich bei ihm in reifere
eigt, und mit der er erheblich unter dem Durchschnitt de
z gleichaltriger Kameraden steht. Er lügt nicht böswillig nach kluge
ng, sondern weil er das Wesen der einfachsten Sache nich

ch selbst hinein und unterläßt die Verteidigung, wo er eine Handh
ein Kombinationsvermögen ist so mangelhaft, daß er, sobald er
ickelte Situationen gerät, lügen muß. Daher sagen die Laien, er
umm. Deshalb sind auch alle Strafen erfolglos gewesen. Mit dieser S
ermag er die höheren ethischen Vorstellungen nicht zu bilden, kan
hischen Vorschriften nicht begreifen, so daß letztere für ihn nicht a
eugung beruhen, sondern nur lose gedächtnismäßig anhaften. Er h
insicht in seine eigene Schwäche, keine Übersicht über die einfachst
uf die unzweckmäßigste Weise glaubt er sich durchlügen zu können.
ermag er nicht der unsittlichen Neigung, die Unwahrheit zu sagen,
ügenden Widerstand entgegenzusetzen. Sein Drang zur Marine ist
npulsiver, Schiff und Wasser ziehen ihn an, der Offizier ist ih
twas Nebensächliches, seine Bedeutung ist ihm unklar, nicht die Ehre
ie Stellung genießt, nicht das altruistische Gefühl nationaler Bege
reibt ihn, Marineoffizier zu werden. Wenn er darauf hingewiesen w
r verständnislos: „O ja." Das altruistische Gefühl der Kindesliebe f
anz. Wenn ihm vorgehalten wird, daß er fortlaufend seinen Eltern Sc
ereitet, dann weint er wohl Krokodilstränen, ohne die innere Über
eines Treubruches zu empfinden. Trotz der besten Erziehung
ein Ehrgefühl. Das Leben hat für ihn keinen Wert, nicht weil er s
asselbe erhebt, sondern weil er ihm keinen Wert abgewinnen ka
Mangel der höheren Begriffsbildung hängt mit seiner Urteilsschwä
ammen.

Im Schluß des Gutachtens behandelte ich die Frage, was mi
chehen solle. Die Eltern dachten an eine Anstalt, davon riet ich ab.
avon, gleich die Schule zu verlassen und einen praktischen Beruf zu e
ch riet dazu, ihn noch auf der Schule zu lassen, um die günstigen
er Schule und des Elternhauses weiter auf ihn einwirken zu lasse
enn er nicht versetzt werden sollte. Dagegen würde es sich vielleicht em
an mit 20 Jahren einjährig bei der Marine dienen zu lassen, da
Erfahrung gemacht, daß der Militärdienst in solchen Fällen günstig e
reilich, fügte ich hinzu, könne man das nicht vorhersehen. Würde
heln, dann würde er auf Grund dieses Gutachtens entlassen werden

Damit verlor ich Y. aus den Augen. Ungefähr drei
päter las ich in der Zeitung: Der Fähnrich zur See Y. ist
Diebstahls, begangen an Kameraden, verhaftet.

Es lagen nur Indizien vor, Y. gestand nichts, der
agte aber dem Untersuchungsrichter sofort: „er
ewesen", und gab mein Gutachten zu den Akten, wo
n. In einer protokollarischen Vernehmung betonte
chwäche des Y., und daß inzwischen und weiterhin

Digitized by Google

e hinzukommen würden, welche sie bestätigten. Y. kam
rett auf einige Wochen zur Beobachtung. Der Militärarzt
er halte ihn wohl für krank, könne es aber nicht be-
(der Anklagevertreter teilte mir das mündlich in der
ung auf meine Frage mit), beantrage die Beobachtung
öffentlichen Irrenanstalt. Y. wurde dahin versetzt. Dem
lagen die inzwischen abgegebenen Zeugenaussagen als
Material zugrunde.

ehrer des zweiten Gymnasiums hatte sich wie oben geäußert. Der
des letzten: Y. ist ein wunderlicher Mensch, übertrieben in
tsausbrüchen, dann wieder auffallend still. Die Geschichte
lbum nennt er wunderlich. Nach Kl. I ist Y. nur mit vieler Mühe,
vielen Stunden gekommen. Offizier wird er nur aus Vorliebe für
er (unabhängig von mir das Impulsive erkannt). Die militärischen
lauten: Marineschule: hinreichend, gehört zu den Schwächeren.
, Englisch gut. Maschinenfach: schwach, manchmal kindisch.
sehr flüchtig, zerfahren, beantwortet kaum eine Frage richtig.
lässig, bedarf strenger Aufsicht. Einer von den Schlechtesten.

Offiziersexamen war er wegen Abschreibens zurückgestellt, hatte
vorgelogen, er habe es bestanden.

ähnrich sagt aus: Y. galt als Sonderling, war extravagant
n, auf einer Station in Amerika hat er einmal allen Fähnrichen
Schiff aus freien Stücken die Stiefel geputzt.

nderer: Y. wird oft ausgelacht, macht sich aber nichts
Er hat ein merkwürdiges Lachen, ist sehr gerissen.

nderer: Y. ist mitunter merkwürdig, hat ganz unmotivierte
tsausbrüche. Einmal hat er der ganzen Stube Eßwaren
Manchmal war er etwas kindisch.

nderer: Y. gab an, er habe auf der Sparkasse 1000 M., deponiert
(Erlogen.)

entlich eines Besuches bei den Eltern wollte er kein Geld an-
ß sich das für die Rückreise aufdrängen.

em Ergebnis der Beobachtung ist von Belang: Y. war ganz ver-
twortete mit lachendem Munde, froh lächelnd. Er spielte
t. Er hilft dem Wärter beim Staubwischen. Er schließt sich
ngebildeten Untersuchungsgefangenen an. Eine ihm aufgetra-
erung desselben dauerte einige Tage, die Sätze waren teilweise
en, der Inhalt mager. Y. gab an, zur Marine habe ihn alles,
ord war, getrieben. Wußte nicht zu sagen, was er sich bei der
nichte gedacht hat. Das Gutachten lautet (in den wesentlichsten
Was der Lehrer des zweiten Gymnasiums über Y. sagt (s. oben),

Höhe. Die schwere Anklage macht ihm keine Sorge, er ist
heiter und vergnügt. Er schließt sich an einen Menschen w
seiner Bildung an. Von Anfang an besteht Neigung zur Lü
Stehlen. Es ist kein Mangel der Erziehung, sondern von
fahren ererbter Hang zum Leichtsinn (Periodische Trunks
Großvaters mütterlicherseits) und zu geringe Fähigkeit, den Begi
widerstehen. Weiterhin wird gesagt, er könne nicht widerstehen
Widerstandskraft nicht wie bei Normalen sei.

In der mündlichen Verhandlung (11 Std.) erweiterte sich die
Es kam hinzu: ein Bruder der Mutter Epileptiker, mit 17 Jahren
Eine Schwester derselben hatte Anfälle in der Pubertät. Ein V
Mutter Epileptiker, dessen Bruder schwachsinnig (Söhne vo
Vaters Bruder) ein Vetter (von Mutters Vaters Schwester) schwac
Der Angeklagte, gestand teilweise, bot während der Verhandlung
fallendes Wesen, während der Urteilsberatung, als ich ihn begrüßt
freundlich gleichgültig, ohne jede Niedergeschlagenhe
Gericht fiel besonders das Stiefelputzen auf, mehrere Fähnriche w
fragt, wie sie darüber dächten. Einer gab an, man habe es für Mor
gehalten, da Y. tags vorher extravagiert habe, und da er Katholik
Vater selbst erklärte diese Erklärung für absurd, Y. gab an,
nicht, wie er dazu gekommen sei (die epileptischen Vettern!).

Ich betonte in langer Ausführung die schwere Belastu
ethischen Defekt von Kindheit an und gab mir besonders
den oben genannten Fällen die Urteilsschwäche nachzuweis
Stiefelputzen erklärte ich für ein exquisit krankhaftes Symptom, el
heitere Verhalten in der Anstalt, den Umgang mit dem Ungebildeten.
der Verhandlung war noch ein Brief einer bekannten Dame der E
lesen, die Y. auf dem Rücktransport auf einer Bahnstation getroffe
heiter entgegentrat und erwiderte, es ginge ihm ganz gut. Ic
ihn für unzurechnungsfähig. Der Anstaltsdirektor gab sein
dahin ab, daß er zurechnungsfähig sei. Der Vertreter der
stellte sich auf des letzteren Seite, faßte das Stiefelputzen auch als M
auf. Er machte mir in Form der Frage den Vorwurf, daß ich e
den Y. einjährig dienen zu lassen. Ich hatte geglaubt, die Elter
seinerzeit meinen Rat befolgen und später wieder einmal meinen
suchen. Im Gutachten hatte ich auch gesagt: „vielleicht". 2¾ Jah
Y. gut geführt; hätte man ihn in der Zeit vom Militärdienst ganz au
können? Das Kriegsgericht sprach nach kurzer Beratung den An
frei wegen der schweren Belastung.

Der Gerichtsherr legte Berufung ein. Die Sache ging an de
schaftlichen Senat. Inzwischen ließen die Eltern Y. in einer Un
klinik beobachten, wo das Gutachten nach acht Tagen auch auf
nungsfähigkeit lautete. In gleicher Weise entschied der wissens

knüpfe daran einige Bemerkungen. Der Schwachsinn
der forensen Praxis ebenso wie bei den eingestellten
gegenüber anderen Formen von Geisteskrankheiten am
zu schaffen, besonders die sogenannte moralische Form.
st wiederum schwieriger zu erkennen, wenn es sich um
handelt. Die Intelligenzprüfung Ungebildeter ergibt mit-
nell schon Anhaltspunkte, wenn man die Schulkenntnisse,
bekannte Dinge prüft. Wenn jemand sagt, die Hauptstadt
schland ist Paris, Bismarck ist ein Franzosenkaiser, dann
ehr verdächtig. Immerhin genügt so etwas nicht. Eine
esunder Rekruten wissen nicht (leider), wer Bismarck
er Leutnant macht diese Erfahrung in der Instruktions-
Man läßt dann rechnen, prüft Geschichte, Geographie,
Zeitungswissen, läßt sich höhere Begriffe erklären, prüft
re Gefühlsleben usw. Alles dies gibt bei Ungebildeten oft
n Avis. Der eigentliche Beweis der Intelligenzschwäche
t durch den Nachweis der Urteilsschwäche über
Verhältnisse des gewöhnlichen Lebens, insbesondere deren
xus erbracht. Erst recht schwierig gestaltet sich der
des Intelligenzdefektes mittels der Schulkenntnisse bei
n. Wie hätte ich auch den Y. in den Hauptfächern
ollen, z. B. alte Sprachen, die ich selbst seit etwa
n nicht mehr getrieben habe! Das war ja auch un-
nn er bot ja die Garantie für ein gewisses Quantum an
ntnissen dar. Außerdem ist bereits durch die Erfahrung
daß das Abiturienten-, Fähnrichsexamen durch-
nt gegen Schwachsinn spricht, bei Studenten, Fähn-
schon mehrfach Schwachsinn festgestellt worden. Der
rricht bedeutet für die meisten doch nur Dressur. Bei
n wird man ausschließlich die Urteilskraft zu prüfen
ich habe einen Grafen gekannt, der das Abiturienten-
gemacht hatte, aber nichts werden wollte. Niemand
den Mann, niemand dachte an Imbezillität. Er war
t kleinen Leuten, was an ihm als Seelen- und Geistes-
ühmt wurde. Eines Tages unterhielt er sich auf der
it einem Sattlermeister im Arbeitskostüm. Ein Offizier

Digitized by Google

Einen anderen Abiturienten und Grafen habe ich gekan
n Restaurants mit Ovid, Cicero usw. im Urtext erschien
as, auch vorlas. Die vox populi hatte schon die Diagn
stellt, als er zwei Jahre später wegen Schwachsinns ent
wurde, um die Ehe scheiden zu können. (Nach dem La
mußte dann ein hoher Grad angenommen werden.) E
sich aber nicht etwa inzwischen verschlimmert. Damen sc
erst recht durch wegen der gesellschaftlichen Rücksicht
Vorrechte, die ihnen einmal zustehen. Weil es sich hier
Nachweis bei einem Gebildeten handelt, halte ich den
Veröffentlichung für wert.

Ich habe es bedauert, daß das Gericht nur die schw
lastung als beweiskräftig betont hat. Ich habe mir in der
ierung der einzelnen Vorkommnisse, aus denen die
schwäche hervorgehen sollte, mündlich die meiste Mühe g
denn darin liegt außer der Belastung der Schwerpunkt.
Ansicht nach müßten die Juristen diesen Teil der Beweisf
der rein psychologisch ist, ebenso gut beherrschen, w
Sachverständigen. Leute wie der Sattlermeister als S
würden in solchen Sachen geborene Richter sein.

Unbegreiflich ist es mir gewesen, wie der Kollege v
„von den Vorfahren ererbten Hang zum Leich
sprechen konnte. Ich hatte vor ihm mündlich noch ause
gesetzt, daß die periodische Trunksucht eine schwere
krankheit sei, bei der der potus nicht die causa, sond
Symptom sei, welches sich erst mit bezw. nach Ausbr
Psychose einstellt. Er sagte auch: vielleicht war der
der Mutter auch geisteskrank.

Die Reserve des Militärarztes möchte ich anerkenn
ist ein höherer Grad der Einsicht, als wenn in solchen
der weniger Erfahrene drauf los geht. Andererseits, gla
wird durch die Bekanntgabe eines solchen Falles auch
Militärärzten die Sicherheit gefestigt.

Endlich gaben mir die Eltern an, daß sich der De
Y. periodisch zeigte. Ich bringe diese Erscheinung ka
Zusammenhang mit der Epilepsie, die sich mehrfach im

Digitized by Google

mptome für Epilepsie bestanden niemals. Verdächtig laß Y. für das Stiefelputzen keinen Grund annte. Amnesie für die Handlung besteht nicht, aber lbst nicht, warum er es getan hat. Vielleicht eine sveränderung ohne Amnesie, eine abortive Form nmerzustandes. Mir ist aufgefallen, daß bei moranwachsinn Epilepsie immer eine hervorragende Bedeutung der Belastung spielt, die ja da sein muß. Vielleicht alische Schwachsinn eine Art „Metaepilepsie“. Würde lgemein feststellen lassen, dann wäre für den Nachweis ne wichtige Handhabe geschaffen, als es dann heißen Epilepsie muß in der Aszendenz nachgewiesen werden. ürde die Krankheit aus dem Mißkredit herauskommen.

Digitized by Google

Der Kuß bei Geisteskranken.

Von

Medizinalrat Dr. **P. Näcke**, Hubertusburg.

Es gab eine Zeit in der Psychiatrie — sie liegt g
weise weit hinter uns! —, wo das ganze Lehrgebäude
symptomatischen Mosaiksteinen bestand, ohne jegliche
lichen Zusammenhang. Jedes beliebige Ereignis, irg
Handlung des Kranken ward des langen und breiten b
Heute geschieht dies seltener, und wenn schon, dann
besonderes psychologisches oder prognostisches Interesse

Eine solche, zum Nachdenken vielfach anregende
will ich heute den Lesern vorführen. Sie betrifft den
Zeichen der Liebe, Freundschaft und Verehrung, da
weit verbreitet auf dem Erdenrunde vorfindet. D
gerade vielleicht die Ursache, daß davon in den psych
Lehrbüchern oder Abhandlungen so gut wie nichts
Und doch handelt es sich um eine psychologisch i
Handlung, weil nicht bloß Gewohnheit und Tradition
sprechen, sondern vor allem egoistische und altruistisch
ihr zugrunde liegen. Da nun letztere bekanntlich in
einer längeren Psychose sehr häufig Einbuße erleiden,
nahe anzunehmen, daß auch bezüglich des Kusses be
kranken quantitative und qualitative Veränderungen sic
geben werden. Es verlohnt sich also vielleicht, die Pa
des Kusses, speziell bei Irrsinnigen, etwas
untersuchen.

Bevor wir aber weitergehen, wird es nötig sein,

Digitized by Google

m Dunklen, und auch *Spencer, Darwin, Wundt* usw. gänzlich im Stiche. Ich erlaube mir deshalb das- wiederholen, was ich anderwärts[1]) in einer kleinen über das beregte Thema sagte:

kel gehüllt ist der Ursprung des Kusses. Allen verschiedenen ben scheint aber ein angenehmes Gefühl gemeinsam zu sein, durch Kontakt der weichen Haut, besonders an der Lippe, mit der Turgeszenz, vielleicht auch mit dem Dufte derselben in Ver- t. Als angenehm wurde es von beiden Teilen empfunden und g, Zeichen der Anhänglichkeit, der Auszeichnung gegeben. Beim Leute untereinander mischen sich dagegen bewußt oder un- elle Motive mit ein, was sogar vielleicht das Ursprüngliche ist, hr wahrscheinlich ist, daß das sexuelle Gefühl aus Tastgefühl sich abzweigte. Eine psychologische Begrün- ber fehlte bisher. Kürzlich hat nun *Gualino* (Il reflesso sessuale nto alle labbra. Archivio di psichiatria etc. 1904, p. 341) eine en. Es wurde so verfahren, daß mit einem zusammengelegten s Lippenrot mechanisch gereizt ward. Von 20 Frauen, von 18 , empfanden bloß acht dies als rein mechanischen Vorgang, vier erotische Basis desselben an, drei empfanden Reiz zum Koitus, zeigten sich außerdem Pollutionen dabei. Von 25 Männern Jahren waren bei sieben erotische Ideen vorhanden mit Kon- den Genitalien, doch ohne Erektion, bei drei dagegen mit An- olchen. Die Personen beiderlei Geschlechts, bei denen dieser x besonders deutlich war, waren allerdings nervös, doch schließt f. mit Recht, daß normalerweise die Lippen eine sog. erogene ine Stelle, deren Reizung reflektorisch Kongestionen nach den d erotische Ideen erzeugt, bilden müssen. Damit stimmt auch, rf.s Untersuchungen zur Zeit der Pubertät an den Lippen sämt- lungsqualitäten feiner werden.

Körperteil kann erogen wirken, je nach der Individualität des ch gibt es einige bevorzugte Körperstellen, wie die Lippen, die die Hohlhand usw. Das Volk weiß dies sehr gut und nament- ammenhang von Lippenkuß und sexuellen Gefühlen, wie beson- Scherzfragen und Redensarten bezeugen. Siehe hierüber Webers . Man spricht speziell vom wollüstigen Kusse, dem sinnlich anganhaltenden (der Berliner nennt ihn sehr gut: Fünfminuten- n wollüstigen, schwellenden Lippen usw. Besonders berüchtigt llüstlingen bevorzugt ist der Zungenkuß, d. h. die Berührung pitzen. Es ist nun sehr auffallend, daß viele Völkertypen nicht

Digitized by Google

te: Der Liebeskuß. Archiv für Kriminalanthropologie usw.

reiben der Nasen an seine Stelle. Nicht unmöglich ist es, da
die Nase oder sonst ein Teil erogen wirkt. Neulich las ich n
Alten den Liebeskuß nicht gekannt hätten, was ja sehr merkw
Bei Homer kommt er allerdings nicht und in der klassischen
kaum vor, sicher dagegen bei schlüpfrigen Schriftstellern wie O
Martial, Aristophanes usw. Die Großplastik schweigt darüber
Um aber über diese Dinge Gewißheit zu erlangen, wandte ich m
lich an Dr. *Petermann*, den Direktor der Gehe-Stiftung in Dre
früheren Juristen mit stupendem allgemeinen, insbesondere ph
und ethnologischen Wissen. Aus seinem höchst interessanten Schr
ich mit seiner Erlaubnis folgende hierher gehörige Stelle heraus.

„ . . . Hier muß unterschieden werden zwischen Griechen u
Die ersteren scheinen in der Tat den Kuß nicht gekannt zu
Sprache hat nicht einmal ein Wort dafür, die lateinische dag
zwei: osculum und basium. Ob die Behauptung, das letztere
einen erotischen Sinn gehabt, richtig ist, lasse ich dahingestellt.
war der Kuß bei den Römern nicht recht erotisch . . . In den L
Satyrikern ist hierüber (d. h. über den erotischen Kuß) eine F
gaben enthalten. . . . Im Tierreiche ist das einzige Seitenstück
kusses das Schnäbeln der Tauben, das aber, weil sie der weic
entbehren, auf Aneinanderreiben der Zunge herausläuft. . .
Schnecken . . . sich wirklich mit dem Munde küssen. Freilich
ihnen Mund und Geschlechtsteile ziemlich nahe beisammen, de
finden sich bekanntlich am Halse. . . . Der Zungenkuß trägt
einen erotischeren Charakter als der Lippenkuß. Ich möchte ih
einen symbolischen Koitus nennen. Ein geraubter Lippenkuß ist
Umständen entschuldbare Unschicklichkeit, ein Zungenkuß eine Un
Beim Zungenkuß kommt die Vermischung des Speichels mit in Bet
wie allen natürlichen menschlichen Effluvien, wenn sie von ei
Person aufgenommen werden, eine mystische Wirkung zugeschr
. . . Jene Effluvien werden daher auch zum Liebeszauber benut
Neugriechen haben ein Wort für Kuß: φίλημα und bei Aristoph
sich der Anfang des Kusses in seiner ordinärsten Form. (In ei
beschreibt er nämlich den Cunnilingus.) . . . . . Ich habe den
er erotischen Charakters ist, stark im Verdacht: daß er nic
eine Modifikation des bei Tieren häufigen Beschnüffelns und
Geschlechtsteile. Bei den Griechen, denen die Kleider nicht
Leibe saßen wie bei uns, war man zum Zwecke erotischer Frik
bloß auf Hand und Gesicht beschränkt. . . . Vielleicht war es a
quemere Zugänglichkeit des antrum voluptatis beim Weibe wie be
welche die Griechen bestimmte, sich nicht lange mit präparat
bolischen Handlungen (zu denen wenigstens der Zungenkuß
gehört) aufzuhalten, sondern unvermittelt „Veneris gaudia vera“ zu

Digitized by Google

en Kleinkunst bildliche Darstellungen von Kußszenen häufig
en „erogenen Zonen" gehören meines Erachtens alle beson-
en, kitzligen Stellen, insbesondere auch die Achselhöhlen, bei
ruch mitspielt ... Zu den kitzligsten Stellen gehören die Fuß-
ber für den Zweck der Venus kaum je in Betracht kommen ..."
r hat also als möglich eine sehr gemeine sexuelle Herkunft des
aus dem dann durch weitere Modifikationen alle andern Ab-
sses bis zum rein platonischen Vaterkuß usw. sich leicht er-
festgestellt. Ich selbst möchte noch auf eine andere mögliche
eisen. Es ist bekannt, daß beim Coitus verschiedene Tiere
sich verbeißen oder ansaugen. Es liegt also die Idee nahe,
vielleicht ursprünglich als Fixationsmittel am Körper wäh-
chlafs diente, und dann leicht ein Symbol dafür ward: pars pro
geradezu der wollüstige Liebeskuß ein langes und vehementes
ur Fixation dienen aber sicher auch die Umarmungen, und so
en, bis zur Umarmung der Ordensritter durch den Ordens-
ein ursprünglich stark sexueller Hintergrund eigen. Sollen wir
hen schämen? Nein; wir haben alle Ursache, uns darüber zu
er tierische Akt der Fortpflanzung allmählich in den Alkoven
e, und die vorbereitenden Akte symbolisch in höhere Sphären
en. die kaum noch an das Sexuelle erinnern.

xuelle Wurzel des Kusses ist also kaum zu
. Wir haben hier nur die Wahl zwischen dem Auf-
eratogenen Zone, zwecks Präliminarien zum Koitus,
indirekten Fixationsmittel. Ich möchte fast glauben,
s das ursprüngliche ist,[1]) da schon bei gewissen
ährend der Konjunktion Mund fest an Mund gedrückt
er hier scheint bereits ein eratogenes Moment mitzu-
l z. B. bei der Stylonychia mytilus während der Ko-
Wimpern des Mundes, allerdings zugleich auch die
r zugekehrten Bauchseiten der Partner quasi den
streicheln. Das ist zugleich ein starker Beweis
das Geschlechtsgefühl ursprünglich nur ein Tastgefühl

roso hat kürzlich, wenn ich nicht irre, die Hypothese aufgestellt,
be ursprünglich durch ein Röhrchen ihrem Kinde Nahrung ein-
rch sei die Attraktion des Mundes entstanden. Das scheint
unwahrscheinlich, da diese Art der Ernährung nur eine ganz
e ist.

Penta: I pervertimenti sessuali nell' uomo etc. Napoli, 1893.

Digitized by Google

erbliche Anlage, mittelbegabt, solid. Erkrankte im Herbst 1887,
nung, Mangel an Arbeitslust, Rechthaberei, Zanksucht, Kopfschm
losigkeit. Erregte Libido, starke Eifersucht, Gewalttätigkeit gege
Zuerst am 11. April 1888 in die Anstalt H. wegen Verfolgungs- u
wahns. Verworrene Wahnideen, oft sehr erregt, widerspenstig,
von Untreue der Frau. Oft zynisch, hört viele Stimmen. 1893 nac
burg versetzt. Alberne Handlungen, oft sehr kindisches Wesen, v
bisweilen wie traumverloren, hie und da gewalttätig. Selten
Im ganzen mehr verworren als stark schwachsinnig. Seit 1900
von deutlichen epileptischen Anfällen. 1896. April. Zuerst hier no
mit Vorliebe Jugendliche, namentlich Demente, von hinten fest in
schließt. In der Folgezeit sehr zärtlich mit ihnen, streichelt si
ab, greift ihnen an die Genitalien, betreibt solitäre oder mutuelle Onar
exhibitioniert, spricht von Pädikation, ist aber nie dabei betroffen w
deutlich homosexuelles Fühlen oder, richtiger gesagt, bisexuelles, d
suchen einer Nichte zotet, sexuell erregt ist, sie einmal aufforderte,
Bette zu gehen; bei einem weiteren Besuche (1905) exhibitionierte
und versuchte ihr unter die Röcke zu greifen. Bis jetzt — Mi
setzt er sein homosexuelles Gebahren fort und kann namentlich
nicht lassen, selbst wenn er dafür zuweilen von andern Ohrfeige

Fall 2. R., Handlungsgehilfe, geb. 1881, sehr gut begabt, M
etwas schwermütig, leicht vergeßlich, solid. Gegen Weihnachten
Melancholie ohne Grund, dann Erregung. Irrenklinik. Seit 25.
Hubertusburg. Entwickelt sich zur richtigen katatonischen Demen
Merkwürdige paranoide Ideen, doch nicht immer dieselben und
ersten Zeiten. Viel Gehörstäuschungen, oft kindisches Wesen, dan
Mutismus, Katatonie, Echopraxie usw. Seit Anfang des Jahres
etwa ein Jahr nach Beginn des Leidens, küßt er immer einen
viel mit ihm zusammen. Am 28. Februar saß er auf ihm, der an
Im März zieht er oft Kranke auf den Abort, wahrscheinlich zu o
Zwecken. 6. Oktober. Lag auf der Diele hart neben einem
spielte mit ihm. Macht lauter Unfug, neckt, schlägt auch biswe
beitet nur zu Zeiten. — 1902. 20. Februar. Vor einigen Tag
sich auf einen jungen Menschen mit herausgezogenem Penis. O
mit andern Kranken. 1. Juni. Lief im Garten umher, den Penis i
und zeigte ihn den Frauen. Onaniert stark. Das geht so weiter, bi
Jahres 1903, dann hört die Küsserei, Onanie usw. auf. Ende
1904 zum erstenmale zwei rudimentäre epileptische Anfälle beob
in den ersten Monaten des Jahres 1905 noch deutlicher auftrate
zunächst nach Inzisionen.

[1]) Näheres über K., sowie über den nächsten R., siehe in me
Die Spätepilepsie im Verlaufe chronischer Psychosen, unter Fall

seltener und weniger innig sind. Das ist also nicht
Augen zu lassen, will man gerecht sein! Hin und wieder
reilich das Gegenteil einzutreten, d. h. also der Kuß der
genüber feuriger zu sein, wahrscheinlich wegen erhöhter
folge langer Abstinenz. Wiederholt wünschten dann in
Falle die Patienten mit der Frau allein gelassen zu wer-
natürlich nicht gestattet werden konnte.

n also bezüglich der abnehmenden Häufigkeit des Küssens
Kranken nur ein Eindruck wiedergegeben werden, so
über direkte pathologische Veränderungen des Kusses
nstruiert. Von quantitativen Änderungen nenne ich
ie einmalige Kußattacke, das periodisch auftretende, und
das kürzere oder längere Zeit anhaltende Küssen, mit
ne Schwankungen in der Intensität, bis zur Ausbildung
hren „Kußmanie". Qualitativ ist das Küssen verändert,
e libido mehr oder weniger deutlich eine homosexuelle
angenommen hat.

lich können wir den Hauptmotiven nach folgende
on Küssen bei Geisteskranken unterscheiden:
den Freundschaftskuß, ohne sexuellen Hintergrund; wohl
Frauen oder höchstens bei männlichen Idioten; 2. den
Kuß, der vom normalen sich nicht abhebt;[1]) 3. den
uellen Kuß; 4. den imperativen, auf grund eines Befehls
ne Stimme erfolgend; 5. den durch eine Wahnidee oder
uschung ausgelösten; 6. den impulsiven Kuß nach
orstellungen oder ohne solche; und endlich 7. den mehr
matischen Kuß. Natürlich ist es nicht immer leicht, die
Kusses in concreto festzustellen, manchmal sogar unmög-
die Motive können sicher auch bei Serien von Küssen
nd derselben Person wechseln, vielleicht sogar zuweilen
rte sein. Im folgenden sollen nun für die Hauptarten
es Beispiele gegeben und jeder Krankengeschichte eine
ikrise angeschlossen werden.

---

f den Frauenabteilungen ist der Kuß oder der Versuch dazu dem

Digitized by Google

zinierte stark, war fast stumm und stumpf. Überstand dann eine infolge eines eingesteckten Schieferstiftes. Lachte später öfter. W blöder. Automatismen, Echopraxie, auch Wutanfälle, doch keine mehr. Teilweis beschäftigt.

Fall 1 gehört wohl zur Dementia praecox paranoide intellektuelle, noch mehr aber der ethische Schwachsinn schnell eingetreten ist. Freilich erscheint ersterer, durch bestehende Verworrenheit verdeckt, schlimmer als er in keit ist, wie ich andernorts schon bemerkte. Patient erst im späteren Verlaufe der Krankheit bisexuell seiner libido entwickelt. Seit Jahren leitet er seine keiten mit meist jungen Dementen durch Küsse ein und sie dann zu mutueller Onanie oder spielt ihnen an den herum. Daß er aber auch weiblichen Reizen gegenü unempfindlich ist, zeigte er wiederholt bei Besuchen ein Der Kuß unseres Kranken hat also stets einen deutlich Anstrich und zwar einer bisexuellen libido. Dabei erso Geschlechtstrieb entschieden gesteigert.

Auch Fall 2 gehört zur Dem. praecox-Gruppe, und hebephrenen resp. katatonen Abart, obgleich anfangs paranoide Ideen bestanden. Erst seit etwa einem Jahre ginn des Leidens küßte er besonders einen Idioten un ihn zur mutuellen Onanie. Zwei Jahre etwa dauert dann hört es ziemlich plötzlich auf. Seit Anfang 19 Patient nicht mehr beim Küssen usw. betroffen. Also ein starker sexueller Hintergrund, doch anfangs nur hom libido. Erst zuletzt exhibitionierte er auch vor den Frau also wieder zugleich heterosexuell, anders als bei K. es bei Fall 1 wahrscheinlich nicht zu beischlafsähnlich lungen oder zur Pädikation kam, ward hier Patient ein betroffen, wie er auf einem jungen Menschen mit hera nem Penis lag,[1]) doch ohne weiter zu gehen. Jedenfall diese Situation sehr an den Koitus.

---

[1]) In meiner Arbeit: Einige psychologisch dunkle Fälle von lichen Verirrungen in der Irrenanstalt (Jahrbuch für sexuelle Zwi

r doch bald als ein demens praecox. In schwerster
; und gefesselt in die Anstalt eingeliefert, versucht er
e Umstehenden, auch die Ärzte, zu küssen, zugleich aber
Genitalien zu fassen. Er will durchaus in das Bett eines
ten gehen, drückt ihn an sich und küßt ihn gleichfalls.
t der sexuelle Charakter des Kusses besonders stark in
rdergrund, indem Patient gleichzeitig mit dem Küssen
dern an die Genitalien greift. Letzteres ist aber nicht
sadistischer Akt zu deuten, der ja meist nur präpara-
st, sondern als weitere Irradiation der voluptas.
haben also in allen drei Fällen einen deutlich sexuel-
zwar homo- resp. bisexuellen Hintergrund des Kusses.
dig ist im dritten, daß diese förmliche Kußattacke im
mehrerer Jahre nur an einem einzigen Tage sich
Im Falle 2 dauerte das Küssen zwei Jahre lang fort, im
besteht es noch jetzt, also seit Jahren, in beiden Fällen
vankungen in der Intensität. Doch geschah das Küssen
nicht täglich.

4. S., Steuerakzessist, geb. 1878, aufgenommen den 9. Februar
g. Bruder geistesschwach. Patient gut begabt, besuchte 1½ Jahr
chnische Hochschule. Zu Hause angeblich nicht abnorm. Es ging
; diente, ging ins Steuerfach. Es ging aber auch hier bald nicht
er bei der Mutter. Solid. Melancholische Ideen: alle Leute lüden
hn ab, er müsse sterben, damit die andern gesund werden könnten,
Geistern verfolgt. 1903 Selbstmordversuch. Im Sommer ging es
m Herbst wieder niedergeschlagen, menschenscheu, Angstzustände.
us, er müsse sterben. Schlechter Schlaf, lief ruhelos hin und her,
ts, reizbar, aggressiv, Gedächtnis schwächer, widerspenstig, schlecht
d aussehend. Immer dasselbe sprechend: es gäbe keine Rettung
elgroß, leidlich genährt, gesunde Organe. Antwortet gut, schnell.
er seit der Obertertia sich verändert habe. Erst wäre ihm das
cht gefallen, nachher nicht mehr, da er sich überanstrengte. Es
er gewesen, wenn er nicht studiert hätte, er sei verhext. Man
nicht mehr helfen. Er sei krank, aber nicht geisteskrank. In

---

mit dem ganzen Körper auf einem andern festgeklammert, wie
in copula, lag, doch ohne Entblößung des Penis. Nur mit der
Mühe konnte er von seinem Partner getrennt werden! Wahrschein-

Angstzustände, oft schwerster Art. Keinerlei Krankheitseinsicht.
wut. Sinnestäuschungen, besonders des Gehörs. Oft sehr schwer
zu erhalten. Auch langes Fortgeben von Opiumtinktur in großen D
Einspritzungen von Morphium ohne sichtlichen Erfolg. Selten
Arbeit. Immer mißtrauisch und nie mit andern verkehrend. Entw
versuche. 1904. 25. Mai. Auch der Satan habe zu ihm gesproch
selbst der Satan. Will zum Himmel auffliegen. Auf die Frage, w
machen wolle, lacht er, klatscht in die Hände und springt in
Dann Besserung, lacht öfters, spielt Klavier, ißt besser. Merkwürd
lose Handlungen, scheinbar ohne Motiv. Z. B. hüpft er plötzlic
legt sich zu Boden usw. — 4. Juli. Sehr ängstlich. An diesem
erst bemerkt, daß er verschiedene Kranke an sich drückte; doch
küssen. (Warum?) „Ich weiß gar nicht, wie mir ist.“ Das gesch
mittags und vielleicht zweimal. — 6. Juli. Gestern nichts Ähnliche
aufgeregt im Garten, sprang über die Beete, nahm Leuten die Hüte
wollte sie küssen. Beim Gartenfest küßte er einen und bekam
dafür; einem musizierenden Pfleger riß er das Instrument aus den
Als er zurückgebracht wurde, riß er aus und wollte einer Wärterin
Hals fallen. — 9. Juli. Stürzte im Garten auf alle los, um sie z
auch wiederholt auf den Arzt, als er mit ihm sprach, obwohl er au
die größte Mühe sich gab, es nicht zu tun. Innere Stimmen befehle
Hinterher sagte er, der Satan befehle es. — 10. Juli. Wer ihm
kommt, wird geküßt oder zu küssen versucht, auch besuchende
Befragt, warum? Eine Stimme sage es. Woher? Von Gott und sei
Franziska. Liegt viel auf dem Boden, „damit ich den Teufel lo
Befragt, woran er erkenne, daß er den Teufel habe, sagt er: „E
ich der Mittelpunkt von allem, ich mag annehmen, was ich will.
dreht sich alles.“ Abends ohrfeigt er sich. Warum? weil von eine
befohlen. — 11. Juli. Weniger geküßt. Steht viel auf einer Stel
denklich. (Woran denken Sie?) „Wie ich in den Himmel komme
schmerzen. — 12. Juli. Weniger geküßt. Legte sich ein paar Ma
Diele. — 13. Juli. Steht meist auf einer Stelle, nachdenklich.
denke auch, daß alles, was er hier treibe und denke, falsch sei,
es aber auch nicht eher gewahr, als bis er es getan habe. Hinterl
es zu spät sei, sähe er selbst ein, daß das, woran er gedacht ha
richtig sei. Z. B. wenn ihm der Gedanke des Küssens ankomme,
ihm in diesem Momente, als ob er da „zugezogen“ würde. Er küßt
solche, die sich das ruhig gefallen lassen. Stürzt auch oft auf den
ihn zu küssen. Beim Abwehren bleibt er aber ruhig vor ihm stehen.
von früh ½ 11 bis abends zum Schlafengehen 39 mal geküßt.
öfters mit dem Kopfe. — 14. Juli. Fing gleich früh zu küssen an,
von früh 6 bis ½ 8 Uhr 22 mal, auch auf dem Saale, wo viele
Bis Mittag ließ er mit Küssen nach. Von einem Kranken erhielt e

Du Hund willst mich beißen", eine Ohrfeige. Küßte heut im ganzen
Nachmittags Kopfschmerzen und Brustbeklemmungen. — 15. Juli.
küssen Sie immer?) „Das hat mir der Geist gesagt, daß ich das
Im ganzen heute 15 mal geküßt. Öfter wie dösig. — 16. Juli.
nle. „Ich weiß selber nicht, was ich will. Einmal ist es so, dann
gleich wieder das Gegenteil." Beim Sprechen fährt er oft mit
über den Kopf und sagt „O ja". Drängend. Mittags stieg er aufs
eshalb?) „Die Stimme des Zeus hat mir befohlen: stehe auf und
11 mal geküßt. — 17. Juli. Erst nachmittags geküßt, 24 mal, meist
s im Garten, der sich das ruhig gefallen ließ. Gefragt, warum er
geküßt habe, sagte er: „Mir ist nachmittags wohler als vormittags."
. 19 mal geküßt. Sagte öfter: „Lassen Sie mich doch zu meiner
gibt es jetzt viel Arbeit". — 19. Juli. Zum Essen fast genötigt.
auf und ab. 12 mal geküßt. Mittags sprang er auf den Tisch,
nter. Im Garten legte er sich auf den Rücken. Brach sich eine
und biß sie in der Mitte entzwei. „Eine Stimme befahl es mir."
. Lief 3 mal im Laufschritt auf und ab. Der liebe Gott habe es
t. Drängt fort. 6 mal geküßt. — 21. Juli. Den ganzen Tag in
nken. Zum Essen genötigt. Möchte gern arbeiten. Erst nach-
küßt, 13 mal. (Warum er das nicht lassen könne?) „In dem
e, wo mir der Gedanke kommt, kann ich mich nicht beherrschen."
. 7 mal geküßt. Lebhafter, wäscht mit auf. — 23. Juli. Mar-
d exerziert auf Befehl Gottes. Das Wort „Schreck" kommt ihm
dem Kopfe. Deshalb seit morgens sehr deprimiert. 4 mal geküßt.
. 5 mal geküßt. Etwas freier. — 25. Juli. 2 mal geküßt, nach-
Aß sehr wenig. Nachmittags viel in der Stubenecke, sehr nieder-
Bat mehrmals, das Bad solle ihm aufgeschlossen werden. (Warum?)
sterben." Äußert auch oft; „Wenn es nur bald aufhörte." —
Versuchte über den Zaun zu klettern. Nachmittags zerschlug er
ß eine Fensterscheibe. Im Garten wälzte er sich auf Befehl
dem staubigen Boden herum. — 28. Juli. Heut nicht geküßt.
s freier. Bat, wenn er einen Fehler mache, ihn darauf aufmerksam
— 29. Juli. Auch nicht geküßt. Längere Zeit deprimiert. Nachmittags
wollte mit verschiedenen ringen. Nach dem Gartengang sprang er auf
Stühle. (Warum?) „Daß ich fortkomme." „Ich fühle mich ängstlich."
Sehr deprimiert. Beim Aufwaschen zerschlug er einen Kaffeetopf.
ir gleich der liebe Gott gesagt." — 31. Juli. Sehr niedergedrückt;
iner Stelle; trotzdem sagt er, es gehe ihm gut. Nachmittags wollte er
hne Strümpfe, Weste, Jacke und Hut in den Garten. Nicht geküßt.
st. Tanzte früh im Saale, mehrmals auch im Garten, exerzierte,
rte, deklamierte das Lied von der Glocke. Umarmte den Pfleger
ihn küssen. Das wiederholte sich 3 mal hintereinander. —
Versuchte früh den Pfleger zu küssen. Sprang öfters auf Tische

Diele. Abends stampfte er heftig mit den Füßen, ballte dabei
(Warum?) „Der Teufelsgedanke mag nicht von mir weichen.“
Gedanken?) „Es sind keine richtigen Gedanken, es ist nur ein Z
Jucken im Kopfe.“ — 5. August. Sehr betrübt, trotzdem sagt e
ihm gut. — 7. August. Stieg mehrmals auf den Tisch und sagte laut
mir gehts gut.“ — 8. August. Versuchte wieder zu küssen. Als
ihn davon abhielt, sagte er: „Das ist recht, daß Sie das tun.“
über etwa 18 mal auf Tisch und Stühle, auf Befehl der S
10. August. Riß abends die Betten der andern ein. „Das muß ic
weil ich bald nach Haus will.“ Drängt viel an der Tür. — 1
Wälzte sich im Garten mehrmals auf dem Fußwege. (Warum?)
bei mir im Kopfe und da habe ich es auch gemacht.“ Legte sich
der Länge nach auf den Tisch. — 12. August. Legte sich abends
auf den Boden, schrie dabei: „Hurrah, hurrah!“ Sagt, dies werd
gegeben. Alles, was man ihm heute vormacht und vorsagt, mach
Muß zum Essen genötigt werden. — 13. August. (Warum so traur
will doch auch mal wieder nach Haus.“ Der Pfleger glaubt, er v
küssen, wenn man ihn dazu auffordert. — 14. August. Mißgestim
viel den Kopf in die Hand. „Mir ist so dumm im Kopfe.“ H
Zeit nicht geküßt. — 15. August. (Warum küssen Sie nicht me
habe keine Neigung mehr dazu.“ (Wollen Sie mich küssen?) „
sofort stand er auf und wollte den Pfleger küssen. Er tat es
früher auch wiederholt auf Aufforderung hin. — 16. August.
Angstgefühle. (Wieso?) „Ich weiß selber nicht, was mit mi
möchte so gern nach Haus, da gibt es sehr viel Arbeit und hie
nichts zu tun.“ — 17. August. Küßte einen Jungen. (Warum, da
gestern das Küssen verbot?) „Das ist doch ein Neuer, dem muß
Kuß geben.“ (Der kleine Kranke war eben hierher versetzt w
18. August. Macht alles nach, was andere sagen, besonders we
Kleine kommandiert. — 22. August. Macht immer noch alles
ihm der Kleine sagt, er solle einen küssen, tut er es sofort. —
Küßte heute wieder spontan, legte sich dann auf den Boden, be
Stuhl und rief: „Hurrah!“ (Warum?) „Das muß ich tun.“ —
Fünf Küsse, spontan. — 25. August. Wollte 2 mal den Oberpfle
auch den Arzt. Ißt schlecht. — 26. August. 4 mal geküßt. „D
tun, damit ich endlich mal nach Haus komme.“ — 27. August.
der Kleine ihm vormacht oder sagt, macht er nach, so auch bez. d
— 28. August. Spontan zwei Küsse. — 29. August. 5 mal geküßt,
Aufforderung. — 30. August. Ganz früh Strangulationsversuch m
leauschnur. Er habe es tun müssen. — 31. August. Unruhig,
aus dem Bette springen, ißt sehr schlecht. — 1. September. Muß
werden. — 3. September. Ditto. Das Essen hätte für ihn keinen
werde stets zu voll davon. Drängt sehr. — 6. September. Ißt nicht

„Ich bin schon, wo ich noch zu Hause war, mehreremale im
t dem Entschlusse zu erfrieren in den Wald gegangen." Will dort
nachtet haben. — 14. September. Warf spontan einen Teller vom
f den Boden. (Warum?) „Daß ich nun endlich Ruhe habe."
esuch der Mutter, sprach wenig, weinte mehrmals, hielt sich die
und sagte einmal: „O Gott, o Gott! Das kann ich nicht tun;
icht, nein. Das Messer kann ich nicht nehmen." — 15. September.
ergeschlagen, drängend. Sagt: „Wenn nur nicht soviel hier ge-
würde. daß ich nichts hörte; mir kommen dabei jedesmal ganz
Gedanken an, was doch gar nicht möglich und ausführbar ist."
ner Not mit dem Essen. — 20. September. Selbstmordgedanken.
er abends: „Schneiden Sie mir die Kehle durch." (Warum?)
verrückt bin." — 21. September. Klagt oft, wenn im Saale viel
wird: Fluchtversuch im Garten. (Warum?) „Ich muß draußen
— 22. September. Verschluckt einen Löffel Farbe, die zum
treichen diente. Danach ward es ihm etwas schlecht. Verstimmt.
tember. „Wenn ich nur tot wäre." Etwas Durchfall. — Oktober.
hlecht in der Folge, muß öfter gefüttert werden, hat viel Sinnes-
n, auch des Gesichts. Immer sehr ängstlich. Küßt nicht mehr.
4. Oktober notiert: Küßte mehrere Kranke, die es sich gefallen
25. Oktober. Nahm einem beim Mittagessen das Messer weg und
den Hals durchschneiden. Das Messer nahm ihm aber der
ich fort. — 27. Oktober. Sprang plötzlich auf und stieß mehreren
e geballte Faust in den Leib. — 7. November. Ohrfeigte mehrere.
„Weil ich ein schlechter Hund bin." — 15. November. Immer
send, will sterben. Schreckliche Gesichts- und Gehörstäuschungen.
lich. — Dezember. Fortwährend sehr ängstlich und mußte oft
erden. Erst seit 1905 ißt er leidlich und zeigt sich freier, doch
wankungen vor. Zeitweise Selbstmordgedanken. Wollte wiederholt
mperativ). — 8. Juni. Nahm ein Brotmesser, um sich den Hals zu
iden; am 14. Juni wollte er sich mit einem Bindfaden aufhängen,
Abort mit dem Hosenträger. — Juli. Benehmen das alte. Weniger
nsicher, oft Verzerrungen im Gesicht. Will immer sterben. Hat
geküßt.

iesem Falle zeigt sich das Bild einer Pseudomelancholie
em taedium vitae, furchtbaren und quälenden Gehörs-
Gesichtstäuschungen und häufigen, schweren Angst-
bei bestehender Gemütsdepression. Es fehlen aber
Kleinheits- und Versündigungswahn. Patient, erblich
macht ganz den Eindruck, daß er schon ab ovo nicht
ar. Er selbst gibt zu, daß bereits in Obertertia sein

Digitized by Google

Abstumpfung — sein Gedächtnis erscheint zwar noch g
lich, doch ist die Kritik offenbar sehr defekt —, als
die Affektlosigkeit und Gleichgültigkeit gegen alles un
läßt den Fall als zur Dem. praecox paranoides gehörig e
mit einem sehr lang ausgedehnten und ausgeprägten
lischen Vorstadium. Gleich hier will ich in parenthesi
daß ich gegen die furchtbaren Angstzustände, die Pat.
nicht lokalisierte, und die allgemeine Depression wochenl
Dosen von Opiumtinktur verabreichen und auch längere
derselben Morphium subkutan (dreimal täglich 0,01) ge
ohne irgendeinen bestimmten Erfolg davon zu sehen.
vielen ähnlichen Fällen habe ich ein gleiches meine
demonstrieren können. Ich selbst habe noch nie ei
gesehen, wo Opium oder Morphium bei melanch
und Angstzuständen, selbst wenn die Angst lol
war, was nur selten geschah, sicher geholfen hä
muß also die vielfache Anpreisung dieser Mittel minde
eine arge Übertreibung bezeichnen. Wenn nach einer
ausgedehnten Therapie endlich eine Besserung oder ga
eintritt, wer will dann das post hoc oder propter hoc ent
Gerade solche melancholische Zustände zeigen bekan
genug spontane Schwankungen und Besserungen. Man
obige Mittel in solchen Fällen par acquit de conscience
wenden, traue ihnen aber nicht zu viel zu und sei vor
züglich des Endeffekts sehr skeptisch! Nur wenn bei inter
der Anwendung stets sehr plötzlich und deutlich ein au
Abfall der Angst erfolgt, würde ich einen kausalen Zu
hang annehmen, sonst nicht! Doch kehren wir wiede
serem Patienten zurück. Wir sahen, daß derselbe
einiger Monate und fast unaufhörlich seine Um
auch die Ärzte, küßt oder zu küssen versucht
39mal am Tage! Als Motiv gibt er fast stets an, es
auf Befehl einer Stimme, Gottes usw. Die Zahl der Kü
allmählich zu, schnell aber ab. Daß vorher oder wäl

Digitized by Google

[1]) Wenn er auch oft an Angehörige und Freunde schreibt

in besonderer Grad von Ängstlichkeit bestanden hätte, ht bemerkt. Merkwürdig ist ferner zeitweise die Echo- d Befehlsautomatie. Es genügte wiederholt, ihm zu solle küssen, so tat er es! Zum Küssen wählte er weislich schließlich nur solche aus, die es sich ruhig eßen, nachdem er wiederholt Ohrfeigen dafür erhalten ist sich weiter wohl bewußt, daß er Unrecht tut; n Pfleger vom Küssen abhielt, sagte er einmal: „Das daß Sie das tun." Nie ward beim Küssen eine ge- he Erregung wahrgenommen, nie bestand Onanie. gen will ich aber nicht, daß der Ausspruch, den er „Ich habe keine Neigung mehr dazu" (sc. zum Küssen), Umstand, daß er zuletzt mit Vorliebe einen 14jährigen küßte, immerhin die Möglichkeit auch einer leichten llen Neigung nahe legen.

Kranke bietet aber außerdem noch manche interessante n dar. So z. B. das Auftauchen einzelner Zwangs- adoxer Mimik usw., und es ist sehr leicht möglich, daß e erstere dem Küssen zugrunde lagen, und nicht, wie mmen. Vielleicht geschah solches auch das eine oder rein impulsiv, d. h. ohne deutliche Zwangsvorstellung. st auch der Vergiftungsversuch durch Verschlucken von m Anstreichen von Fenstern. Dieser Fall kann wohl Kußmanie bezeichnet werden und dürfte in dieser uer und Intensität in der Literatur einzig dastehen. habe ich nichts Ähnliches gefunden, auch nicht bei bei einigen deutschen und fremden, sehr erfahrenen . So kannten *Toulouse, Maynan, Sérieux, Marie, Ma- Montyel* aus ihrer Praxis nichts Ähnliches.[1]) *Féré* r (Paris, am 21. November 1904) diesbezüglich folgen- nt à la manie du baiser, je ne l'ai jamais vue que nbécile, qui baisait les parties nues du premier venu tes circonstances. Il a perdu vers dix hiut ans sa ropos d'un anthrax . . ." Man sieht also schon hieraus ne Seltenheit solcher Fälle!

Digitized by Google

Fall 5. Sch.,[1]) Schneidemüller, 1860 geb., Verheirateter, soll im 3
Schreck Krämpfe gehabt, aber sich nach jeder Hinsicht gut entwi
Lernte gut, freundlich, heiter, solid, nicht erblich belastet. Stets grü
faßte er sich mit vielen Dingen, die seiner Umgebung und seiner
ständlich waren. Deshalb zog er sich mehr zurück. Januar 1894 w
bekannte Ursache melancholisch, am 16. Januar tobsüchtig, be
zwar, kam aber wegen Erneuerung der Erregung am 22. Mai
Anstalt zu A. Hier das Bild der halluzinatorischen Verrücktheit
artig benommen, motorisch unruhig usw. Exazerbationen und R
meist aber verwirrt und mit eigentümlichen Wahnvorstellungen
Umgebung infolge massenhafter Sinnestäuschungen. Halluzinato
rücktheit. Seit Februar 1895 entmündigt, später ward die En
aufgehoben, nachdem er als „gebessert" am 1. Juni 1897 entlas
war. Nach übermäßigem Alkoholgenuß erfolgte neue Tobsuc
18. April 1901 zweite Aufnahme in A. Hier wieder das typisch
halluzinatorischen Verrücktheit. Der Zustand diesmal anhaltender
seltener kleine Remissionen. Lebhafte Sinnestäuschungen und
stellungen dabei, Personenverkennung usw. Aus dem Atteste des
zu M. (15. April 1901) sei noch hervorgehoben, daß Patient
Schädel vorn niedrig, Hinterkopf relativ stark. Neigung zur Tru
Frömmelei, leicht erregbar, zornig. Am 1. Juli 1901 heißt es in d
geschichte zu A., die Halluzinationen bei Sch. hätten allmählich na
mehr leicht verwirrt, küßt den Erdboden. Arbeitete dann. Am 5. Au
bemerkt, daß Patient an der Erde kniete, alles küßte, verwirrt
Explorationstermin am 14. Oktober 1901 gedrückter Stimmung,
schwachsinnig, erzählte von seinen Stimmen, die ihm alles zu t
Entmündigt September 1903. Zeitweis erregt, dann wieder meh
arbeitsam. Seit er versetzt ist, sehr liebenswürdig, küßt ande
kniet am Bette nieder, betet viel, will den Arzt ins Bett ziehen;
aussehend. Halluziniert stark, unterhält sich mit seiner Frau,
Gott usw. In den Ruhezeiten fleißig, doch immer seltener. —
1904. Kniet nieder, rutscht auf den Knieen umher, versucht and
zu küssen. — 5. Dezember. Zunehmende Unruhe, küßt ander
rutscht auf dem Boden. — 5. Januar 1905. Wird unruhig, k
betet, singt, sucht die andern Kranken zu küssen. — 6. Janua
Tag und Nacht unruhig, verläßt das Bett, kniet nieder, küßt de
— 10. Januar. Betet und küßt viel. — 17. Februar. Fängt w
beten und jeden, der vorbeikommt, zu küssen. — 2. März. H
ruhigt, küßt nicht mehr. — 23. März. Fängt wieder an zu
30. April. Seit einigen Tagen wieder unruhig. Bett. Geht o
Bett, kniet nieder, betet, küßt aber nicht mehr so viel wie früher.
Ruhig geblieben. Hilft mit auf der Station.

Digitized by Google

[1]) Diese Krankengeschichte verdanke ich der Güte der Di

Dr. *von Seidlitz*, der besagten Kranken in der letzten Zeit speziell
hat, gibt mir über ihn brieflich unter dem 22. Juni 1905 noch fol-
ressante Auskünfte. „. . . Die Kußsucht, wenn ich es so nennen
deutlich periodisch' auf; der Kranke geht oder rutscht auf den
den ersten besten Kranken heran und sucht ihn zu küssen; auch
versuchte er bisweilen die Hände zu küssen. Dabei besteht eine
Unruhe, die den Kranken aus dem Bette treibt, und welcher der
grunde liegt, sich andern auf die beschriebene Weise zu nähern.
sind offenbar nicht sexueller Natur, jedenfalls besteht keine deut-
lechtliche Erregung beim Küssen; dieses erfolgt vielmehr in der
Weise, wie etwa ein Gläubiger ein Heiligenbild, ein Diener seinen
. Diese Unruhe und Kußsucht hält in verschiedener Intensität
Wochen an. Der Beginn der Attacke kündet sich durch Kußver-
Während der Attacke gibt Patient keine Auskunft über seine
den freien Intervallen, die Wochen bis Monate dauern, und in
leißig und ruhig Stationsarbeit verrichtet, sagt er auf Befragen,
um Küssen treibe: Es sei ja zwar nicht recht und hätte keinen
nner zu küssen, aber draußen küsse man doch Frau und Kinder;
e nicht hier habe, so küsse er andere . . ."

Kranke war offenbar schon von Kind auf abnorm, aber
erblich nicht belastet. Später zeigt er das Bild hallu-
her Verrücktheit. Mitte des Jahres 1901, nach viel-
Bestehen des Leidens, fängt er an, zuerst den Erdboden
n, dann aber bald auch Kranke, und zwar geschieht
odenweise, oft mehrere Wochen hintereinander. Nach
führungen des zuletzt behandelnden Arztes macht es
ganz den Eindruck, als ob Patient dies aus Demut,
nheitswahn tut. Dafür spricht die knieende Stellung
sen, auch daß nur oder hauptsächlich die Hände geküßt
Die Sexualität scheint hier nicht mitzuspielen; doch ist
hin auffallend, daß Patient einmal selbst sagt, es sei
echt, Männer zu küssen, aber draußen küsse man doch
Kinder; da er diese nicht hier habe, so küsse er eben
Verdächtig ist auch die Notiz, daß er einmal den Arzt
zu ziehen suchte. Dieser Fall ist der mir einzig
e, wo die Küsserei deutlich in Perioden erfolgte!
ist hier jedenfalls eine mehr oder minder klarbewußte
, wenn der Kranke sie auch nicht ausgesprochen hat.
spielen auch Sinnestäuschungen eine Rolle hierbei,

Digitized by Google

wohl vorstellen, daß verschiedene Wahnvorstellungen u
täuschungen das Küssen veranlassen können, sowie
die Vielgeschäftigkeit eines manisch Erregten sich e
den Kuß wirft, als manische Entäußerung ohne sonsti
Man sollte meinen, daß echte Zwangsideen das Kü
eher zuwege bringen können als Wahnideen, doch
bis jetzt keinen solchen Fall. Kürzlich habe ich z
erlebt, wo Versündigungsideen zugrunde lagen. Ein pe
Maniacus hatte eben eine minimale Depressionsphase
kniete er an einem Tage wiederholt nieder, wollte k
um Verzeihung bitten. Ein anderer Kranker, ein P
war einmal freudig erregt und glaubte in seinem Pfl
alten, lieben Schulkameraden zu sehen, dem er über
Am nächsten oder übernächsten Tage kniete er wied
ihm ängstlich nieder, wollte ihn küssen und ihn um V
bitten. In beiden Fällen traten also ganz ephemer Verst
ideen auf und lagen dem Küssen oder dem Versuche
Motiv zugrunde.

Fall 6. Th., Anna Emilie, geb. 1872, hier seit 10. Nove
In der Familie der Mutter sind mehrfache Psychosen dagewesen
Rhachitis, erst mit drei Jahren gelaufen. Von Jugend auf blödsi
mit sechs Jahren an zu sprechen, lernte einige Buchstaben nac
lesen oder rechnen. Unterschied nicht alle Gegenstände. Strabi
in die Erziehungsanstalt zu Hubertusburg. 1889 nach Nossen un
wieder hier. — 1892. Ruhig, freundlich, sehr fleißig. Neckt v
wiederholt versetzt. Sehr lebhaft; führt immer dieselben Reden
blöde und stumpf, kindisch, oft ironisch. Seit 1896 im Waschh
hier die Wäscherolle, redet die Leute mit „Du“ an und spricht
finitiven. Sehr läppisch. — 1902. Status idem. Lacht viel, sch
loses Zeug; bisweilen erregt und laut und zu einer eigentlichen
recht zu gebrauchen. — 1904. Ständige Redensart, wenn der
sonst jemand kommt: „Gib mir einen Schmatz“, küßt auch den
auf die Hand oder den Körper. Wahrscheinlich ist dies aber sc
zwei Jahre früher eingetreten. Nie ward dabei irgend eine erot
gung wahrgenommen, nie onanierte sie. Sie küßte unterschiedslos
(Mitkranke oder Pflegerinnen) oder versuchte die vorbeigehenden
Kranken, die in der Waschanstalt zu tun hatten, zu umarmen und
ihnen nachlaufend, weshalb sie bei den Männern die „Schmatz-G

Digitized by Google

[1]) Einmal geriet deshalb ein Kranker in furchtbare (nicht s

t im Februar 1905. Sonst ist Patientin freundlich, nur zum noch zu gebrauchen. Vor dem Küssen hat sie gebissen. Eine ensart von ihr ist: „Ich bin Dir gut, ich kann Dich leiden."

aben hier also eine Blödsinnige vor uns, die seit einigen scheinend als Ausfluß von Freundschaftsgefühlen, ihre namentlich die Respektspersonen, küßt. Daß sie hin- Vorliebe später den Männern nachlief und sie zu um- ıte, scheint aber doch darüber hinaus zu gehen und tens einen, wenn auch unbewußten, sexuellen Charakter obgleich man auch dann nie erotische Aufregung bei ihr ı konnte. Ihre Küsserei zeigte auch Schwankungen. omatismus, also ohne jegliches Freundschafts- oder Gefühl, scheint mir dagegen hier nicht vorzuliegen. st aber sehr wahrscheinlich in dem oben erwähnten *Féré* geschehen, da hier unterschiedslos jeder Ankömm- war „en toutes circonstances" geküßt wird. Daß Pa- überhaupt alle entblößten Körperteile küßte, spricht dafür.

Am 18. Februar 1905 stürzte sich förmlich abends bei der ark halluzinierender demens praecox auf mich (er lag zu Bett), meine rechte Hand und saugte sich an den Ringen des vierten ja so fest, daß nur Gewalt ihn davon abbringen konnte. Auf die b er das täte, sagte er: „Die Ringe gefallen mir gut."

as eine Mal hat Patient dies Manöver gemacht. Der jedenfalls einen Übergang zu jenen, wo ein psycho- lotiv nicht zu finden ist, oder wo das vom Kranken wie z. B. in dem obigen Falle, sehr ungenügend und ahrheit entprechend erscheint. So berichtete ich einmal[1]) eriodisch erregten Frau, die, wenn sie im Sturme war, und Hand küßte und dabei ganz verliebt aussah. l rechnete ich zu den so überaus seltenen echten Narzißmus. Es ist überhaupt der einzige Fall, der aus einer Irrenanstalt bekannt wurde. Sexuell bedingt ne wahrscheinlich.

e: Die sexuellen Perversitäten in der Irrenanstalt. Wiener klin. 899, Nr. 27—30 und Psychiatrische en Neurologische Bladen

Digitized by Google

so selten unter den Geisteskranken; sie haben öfters einen verd
ellen Anstrich. Entweder sind es Idioten, von denen der eine
der andere, oder der eine Teil ist ein Paranoiker, der andere
Natur, meist ein Idiot. Sie gehen zusammen, sitzen eng anei
schlingen sich, liebkosen sich wohl auch usw. In letzterem Falle
besonders auf sie! Solche Bündnisse gibt es auch bei Frauen
aber seltener. Sie sind jedoch oft genug auch ganz harmlose
eine Kranke unterstützt dann in allem den andern hinfälligeren
sind beide Arten von Freundschaftsbündnissen, die verdächtig
harmlosen, in der Irrenanstalt im ganzen doch nur seltene Er
da der Geisteskranke im allgemeinen mehr für sich bleibt un
wirklich reges, freundschaftliches Interesse für einen bestimmten
hat, ein Interesse, das allerdings leicht sexuell gefärbt werden k

Der reine Freundschaftskuß ist also auch bei Irre
aber gewiß nur selten und dann wohl ausschließlich b
und wiederum vorwiegend bei Idiotinnen oder ganz V
Fall 6 gehört sicher, zum Teil wenigstens, hierher. Hä
gegen sieht man Kranke ihre Pflegerinnen küssen, die sie
Freundschafts- bezw. Anhänglichkeitsbeweis, der viell
hie und da sexuell angehaucht ist. Bei Männern fäl
in der Regel weg, und der Freundschaftskuß kommt
bei Idioten den Pflegern gegenüber vor. Endlich br
wohl kaum noch zu erwähnen, daß den Angehörigen geg
Liebesbezeugungen der Geisteskranken völlig normal
sein können.

Nachtrag bei der Korrektur (Januar 1906

Über Genese usw. des Kusses siehe auch den b
interessanten Abschnitt bei *H. Ellis:* Die Gattenwahl
schen usw., deutsch von *Kurella,* Würzburg 1906, S.
stark erotische Wirkung des Zungenkusses ersieht ma
aus dem Buche *Baudouins*: le maraichinage, Paris 19
den Archives d'anthropol. crim. usw. 1905, S. 853. De
nennt den Zungenkuß (Kataglottismus) daher sehr chara
ein „accouplement bucco-lingual". Über den bei d
sexuellen beliebten Zungenkuß siehe *Näcke:* Der Zung
Homosexuellen. Archiv für Kriminalanthropol. usw.

all. Ein junger Mann (dem. praec. paranoides), den 905 in Hubertusburg aufgenommen, spiegelte sich den t in einer Fensterscheibe ab und küßte sein eigenes l. Am 11. Oktober bemerkt die Krankengeschichte: lt sich in den Fensterscheiben und lacht sein Bild an." nlich liegt hier ein sexueller Hintergrund vor. Man che Fälle vielleicht auch Auto-Erotismus nennen, welche ng *H. Ellis* aber für Onanie gebraucht, was weniger lich erscheint.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Verein

7. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychia Neurologen am 20. Oktober 1905 im St. Jürgen-As Ellen bei Bremen.

Anwesend waren die Herren: *Adler*-Schleswig, *Alber*-Wolto Ellen-Bremen, *Brümmer*-Wehnen (Oldbg.), *Bücking*-Bremen, *Cimb Dräseke*-Hamburg, *Dabelstein*-Neustadt (Holst.), *Delbrück*-Ellen, Rockwinkel bei Bremen, *Enge*-Lübeck, *Feldmann*-Bremen, *v. Grabe- Hinrichs*-Schleswig, *Hennings*-Reinbeck, *Halbey*-Bendorf a. Rh., *Heine-J Jühlke*-Altstrelitz, *Jaspersen*-Preetz, *Diedr. Kulenkampf*-Bremen, *Cr* tingen, *Lisau*-Bremen, *Linau*-Hamburg, *Müller*-Ellen-Bremen, *Nonne- Peltzer*-Bremen, *Riedel*-Lübeck, *Reye*-Friedrichsberg bei Hamburg, Neustadt (Holst.), *Schlick*-Bremen, *Serger*-Altstrelitz, *Siemerling*-Kiel, Oldenburg, *Stemmermann*-Ellen-Bremen, *Stoevesand*-Bremen, *Strub Snell*-Lüneburg, *Wahrendorf*-Ilten, *Wassermeyer*-Kiel, *Wendenburg-(Wicht*-Ellen-Bremen, *Westhoff*-Bremen, *Wulff*-Oldenburg.

Direktor *Delbrück*-Bremen eröffnet die Sitzung mit einer Begrü Anwesenden. Zum Vorsitzenden wird *Delbrück*-Bremen, zum Sch *Wicht*-Bremen gewählt. Die nächstjährige Versammlung soll in Sa bei Schwerin stattfinden.

1. *Nonne*-Hamburg: 1. Demonstration zur Lehre von d iären parasyphilitischen Erkrankungen.

Herr *Nonne* bringt zur Kasuistik der familiären paras schen Erkrankungen einen neuen Fall: Ein Mann, welcher a Syphilis leidet, infiziert seine Braut mit Lippenschanker. Nach zw wird ein bei der Geburt normales Kind geboren, welches im vier dement wird, und bei dem einige Jahre später Dementia paralytica ziert wird. Das Kind stirbt mit 16 Jahren und der anatomisch ergibt: Dementia paralytica, *Heubner*s Endarteritis der Basalarter Vater ist sechs Jahre vorher an galoppierender Paralyse gestorben, Mutter, welche vor vier Jahren Hinterstrangserscheinungen (Pupil Fehlen der Patellarreflexe und lancinierende Schmerzen), und im let

ns *Brown-Sequard*-Symptome geboten hätte, starb an den Folgen
nmarksleidens (Cystopyelitis). Die mikroskopische Untersuchung
ımarks ergibt irreguläre Sklerose in der ganzen Ausdehnung des
ks, vorwiegend die Hinterstränge und den rechten Seitenstrang

emonstration eines Skeletts von Osteoarthritis anky-
.

. bespricht die Geschichte, Klinik und Pathologie der chronischen
enversteifung, er betont die Häufigkeit des Rückentraumas in der
nd demonstriert zwei Wirbelsäulen, welche die Osteoarthritis anky-
eigen, sowie ein ganzes Skelett vom sogenannten Typus *Strümpell-*
bespricht und demonstriert den Unterschied zwischen der Osteo-
kylopoetica, welche primär die kleinen Wirbelgelenke betrifft und
zur Verschalung resp. Spangenbildung an der Wirbelsäule führt
el), und die Spondylitis deformans andererseits, ferner demonstriert
ößere Anzahl von Röntgogrammen der Osteoarthritis ankylopoetica
zum Unterschied Röntgogramme von Spondylitis deformans und
ng nach Wirbelfrakturen.

ussion: Herr *Siemerling*-Kiel fragt, ob Beobachtungen vorliegen
welchem Zeitraum nach dem Trauma nachweisbare Veränderungen
rbelsäule (durch Röntgenbild) sichtbar zu machen sind.

Nonne-Hamburg erwidert, daß dies nach 3/4 bis 1 Jahr nach dem
öglich sei.

Delbrück-Bremen berichtet über einen Patienten seiner Beobach-
an völliger Unbeweglichkeit der Wirbelsäule leidet. In diesem
on einem Trauma nichts bekannt. Es handelt sich um einen Eisen-
en, der seit Jahren angeblich an Rheumatismus leidet, aber immer
Simulanten gehalten wurde. Diese seine Klagen und ein schwerer
Alkoholismus führten schließlich zu seiner Pensionierung. Wegen
en Leidens ist er jetzt in der Anstalt. Außer an der Wirbelsäule
eine Störungen von seiten des Skeletts dar. Ein Röntgenbild ist
icht aufgenommen worden.

N. erklärt den ihm vorgestellten Fall für einen Fall von chroni-
enkrheumatismus der Wirbelsäule und nicht für eine ankylosierende
tis.

err *Siemerling*-Kiel: Simulation und Geisteskrankheit bei
hungsgefangenen.

e Herren! Für die Wertung und Beurteilung der Simulation ist
er Fortschritt gemacht in der Anerkennung der Erfahrungstatsache,
Simulation und Geisteskrankheit nicht ausschließen.
htig ist es aber, daraus, wie manche Autoren geneigt sind, den

Digitized by Google

Die Angaben über Häufigkeit sind sehr verschieden. Es ist
wir dort, wo die Psychiatrie mit der Strafrechtspflege in konzentri
zusammenwirkt, nicht so selten der Simulation begegnen. Unter d
der Irrenanstalten ist sie selten. Die zahlenmäßigen Angaben diffe
Fritsch fand unter 200 begutachteten Fällen 10 Simulanten, *Für*
25 Fällen 12, *Binswanger* unter 73 Untersuchungsgefangenen 21
Knecht keinen, *Günther* unter seinem Material einen. *Penta* (N
richtet über viele Fälle von Simulation in den Gefängnissen. Nac
zwei Drittel Verbrecher Camorristen, wodurch sie schon zu Betr
sind, verschiedene sind epileptisch. Es besteht an und für sic
Neapolitanern ein Hang zur Maskerade; in den Gefängnissen ist
lation Tradition, und die Neapolitaner sind zu Betrug neigende
— Ich fand unter 64 begutachteten Fällen des Kieler Materials
lanten in dem Sinne, daß sich außer dem vorgetäuschten Zustand
geistiger Störung entdecken ließ, auch kein Schwachsinn in e
Umfange.

Zu diesen beiden Fällen gesellen sich noch eine Reihe v
Beobachtungen, bei denen während der Untersuchungshaft eige
stände von Stupor sich entwickelten, welche in kürzester Zeit abli
solche, welche sich das Bestehen von Hysterie oder hysterischen
und Epilepsie zu nutze machen wollten, um daraus einen Erinne
für die Zeit der Tat zu konstruieren. Über diese Beobachtunge
dabei gesammelten Erfahrungen möchte ich Ihnen in Kürze berich

Es ist bekannt, daß es dem Simulanten in der Regel nicht
Zeichen einer Form von Geisteskrankheit in ihrer Gesamtheit tre
sequent nachzuahmen, daß man vielmehr gewöhnlich einen Mang
einstimmung findet zwischen den Äußerungen, dem Inhalt derselb
Gebahren und Habitus des zu Untersuchenden. Der Simulant ü
Diese inneren Widersprüche im Krankheitsbilde und die maßlose Ü
können den Verdacht auf Simulation erwecken. Aber man sei n
nahme einer Simulation vorsichtig bei solchen Krankheitsbildern, d
die Katatonie, die hysterischen Psychosen, Erregungs
bei Imbezillität in dem starken Wechsel zwischen Klarheit un
heit, den unsinnigen Wahnideen, der Zerfahrenheit bei guter O
in den bizarren, sonderbaren Bewegungen und Stellungen oft etwas
Erkünsteltes an sich haben. Das gilt auch für die hypochon
Zustände, die als selbständiges Krankheitsbild oder als Symptom
weitigen Psychosen sich finden. Hier wird der Arzt ganz besonder
den Widerspruch im Krankheitsbilde überrascht, z. B. wenn dersel
welcher bei der Anwesenheit des Arztes nicht gehen will, nachher
jede Störung herumwandelt. Es ist entschieden verkehrt, daraus
auf Simulation ziehen zu wollen, wie ich es einmal in einem ekla
erlebt habe. Hier war das hypochondrische Stadium, wie es o
pflegt, Beginn einer chronischen Verrücktheit. Der Vorgutachter

Digitized by Google

rzt nicht da war, konnte nicht gehen, sobald dieser erschien),
angenommen.

hein große Schwierigkeiten können der Beurteilung, wie dieses
r Anleitung zur Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei
tigen und Heeresangehörigen betont ist, die von *Ganser* beschrie-
merzustände auf hysterischer Basis bereiten. Die Schwie-
dadurch noch erhöht, daß diese Zustände nach übereinstimmender
der Autoren fast ausschließlich bei Strafgefangenen zur
g kommen. Das Symptomenbild in seiner ganzen Entstehungs-
sweise mit den falschen Antworten auf Fragen (Vorbeireden), dem
sieht entschieden gemacht aus.

wir diesem Dämmerzustand auch oft auf hysterischer Basis be-
ist er doch nicht ausschließlich als ein hysterischer aufzufassen.
n zweimal in sehr eklatanter Weise (erst Stupor, dann falsche
Sinnestäuschungen, Erinnerungslosigkeit) zustande kommen sehen
chungsgefangenen ohne die geringsten hysterischen Antezedentien
hen kurz vor der Hauptverhandlung, in dem einen Falle bei einem
(Sittlichkeitsdelikt an zwei Mädchen von 7 und 9 Jahren und
Opfer), in dem andern des Raubes und Totschlages angeklagten
schen.

fortige Überführung aus dem Gefängnis in die Beobachtung der
rstützt durch die Anwendung der Elektrizität, ließ den ganzen
komplex in kürzester Zeit verschwinden. Der eine Angeschuldigte
er manche Redensarten über Sinnestäuschungen von einer geistes-
au des Heimatsdorfes sich angeeignet habe.

scheint mir nicht angezeigt, derartige Zustände bei dem Fehlen
eder hysterischer Antezedentien als hysterische Dämmerzustände
n. Bei dem einen Fall, der ein Geständnis ablegte von der Vor-
werden wir ohne Bedenken Simulation annehmen können.

Verhandlung war er vollkommen klar und geordnet, entsann sich
en Vorkommnisse bei der Straftat genau und legte ein unumwun-
ndnis ab. Er wurde zum Tode verurteilt, zu lebenslänglichem
begnadigt. Nach den mir zur Verfügung gestellten Mitteilungen
uchthaus ein brauchbarer Arbeiter. Zeitweilig zeigt er sich etwas
mutig, verstimmt.

ndern Fall möchte ich als akuten Stupor benennen, dessen
mmen wir uns durch den Einfluß der Untersuchungshaft, durch
der zu erwartenden schweren Strafe gesetzte Erregung denken
habe ich auch in der Hauptverhandlung den Fall dargestellt.
tverständlich, daß dieser akute abgelaufene Stupor für die Zeit
ht weiter in Betracht zu ziehen ist. Der Täter wurde zum Tode
ingerichtet. Am Hirn fand sich in der weichen Hirnhaut im Stirn-
ts ein ganz kleines Knochenplättchen, sonst keine Besonderheiten.

nachzuahmen?

Fürstner hat versucht, eine Symptomatologie der simulierten zu geben und unterscheidet Blödsinnszustände, Bewußtseinstr mit Sinnestäuschungen, sehr variable, unregelmäßig n abwechselnde Symptomenkomplexe, endlich Erregungs mit verworrenen, unsinnigen Äußerungen und Neigunge walttätigkeit.

Die Formen, welchen wir am häufigsten begegnet sind, sind Bl zustände, leichte Depressionen und paranoische Zuständ Male versuchten Untersuchungsgefangene einen Erinnerungsdef täuschen. Die Untersuchung in solchem Falle muß ganz besond auf die Erforschung des Vorlebens gerichtet sein, ob sich hier irgen punkte für Amnesie (Epilepsie, Hysterie, Trauma, Vergiftung usw. Bei einem Soldaten, welcher unter Anklage des Diebstahls stand, sich die angebliche Gedächtnisschwäche bei jedem Verhör. Die D wurde dadurch erschwert, daß sicher epileptische Anfälle besta machte sich außerdem die Darstellung des einen Sachverständigen welcher geneigt war, einen Erinnerungsdefekt anzunehmen. Nachh der Soldat ein, daß er bei seinen Aussagen das, was er von dem A habe, benutzte, und er ließ immer mehr von der Amnesie fallen.

In welcher Weise sonst Erinnerungsdefekte zustande komm zwei Fälle illustrieren.

In einem handelt es sich um einen 29jährigen Bäcker, der Jahren an Anfällen, deren eigentliche Natur, ob hysterisch oder nicht klargestellt war, gelitten hat. Er war früher wegen einer Diebstählen freigesprochen, da das Gutachten einen epileptischen zustand und hochgradige Gedächtnislücken angenommen hatte.

Bei erneuter Beobachtung im Jahre 1904 war die frühere Gedächtnislücke für einen Zeitraum von einem halben Jahre vollko schwunden. Er wußte ganz genau von den Erlebnissen dieser Zei Straftaten. Als Erklärung für den früheren Erinnerungsdefekt gab sei so viel gefragt worden, daß er es für das beste hielt, nicht wissen.

Bei einer Frau war vor acht Jahren, als sie unter Anklage stahls stand, ein Erinnerungsdefekt infolge geistiger Schwäche ang Im Jahre 1905 kam sie zur Feststellung ihrer Erwerbsfähigkeit a lassung des Reichsversicherungsamtes in die Klinik. Es war erstau genau sie alle Vorgänge des Diebstahls wußte. Als Erklärung fü maligen Erinnerungsdefekt gab sie an, sie habe so viel Angst vor gehabt und habe deshalb getan, als ob sie nichts wußte.

Überrascht wurde ich einmal durch die Keckheit zweier welche schon länger im Lazarett lagen, hier einen Einbruch in d kammer verübten und am nächsten Tage zu derselben Stunde ein

zuführen versuchten. Die Feststellung der Simulation ist in
len beim Fehlen jedes nachweisbaren ätiologischen Momentes
rig.

ich schwieriger gestaltet sich die Beurteilung der Simulation, wenn
äßigen Grad von Schwachsinn nicht ausschließen können,
cht so erheblich ist, daß er unter den § 51 fallend anzusehen ist.
war in dieser Beziehung der Fall eines Gewohnheitsverbrechers,
iederhalt, im ganzen 17 mal, vorbestraft war wegen Diebstahls,
Körperverletzung.

nd früher niemals die geringsten Anzeichen geistiger Störung bei
gen Manne beobachtet wurden, erkrankte er beim 18. mal in der
gshaft; er wurde still, leicht deprimiert, sprach von angeblichen
ungen.

Verhandlung wurde er auf Grund eines ärztlichen Gutachtens
en. In der Klinik war er anfangs ängstlich, fuhr schreckhaft zu-
llte hier die Berührung einer Hand zuweilen spüren. Nach kaum
rloren sich schnell auch diese Erscheinungen, und er drängte auf
sung. Die fortgesetzte Beobachtung ergab keine Anhaltspunkte
ehen einer geistigen Störung, auch nicht für die Annahme einer
nispsychose. Er wurde als nicht geisteskrank entlassen, ver-
h später wieder. Eine nochmalige Untersuchung, ein Jahr später,
eines Selbstmordversuchs zur Beobachtung kam, ergab auch jetzt
en von Geisteskrankheit.

komplizierter gestaltete sich die Beurteilung in einem Falle bei
rigen Höker, welcher wegen unzüchtiger Handlungen, Körper-
Hausfriedensbruch vorbestraft war. Er kam wegen eines Sitten-
in Untersuchung und wegen seines sonderbaren Benehmens aus
nis in Beobachtung. Er gab verkehrte Antworten, wollte seinen
t wissen. Er imitierte in auffallender Weise andere Kranke,
dem Bett, schlug um sich, kroch am Schrank empor. Hysterische.
Anfälle waren und wurden niemals beobachtet. Sein abweisendes
rlaubte keine genaue Prüfung seines Intelligenzzustandes. Ätio-
b sich nichts, was den Ausbruch einer Psychose hätte verständ-
können. Ein angeblich im zweiten Lebensjahr erlittener Fall
— die Eltern wollen es von einer Nachbarin gehört haben —
e Bedeutung beanspruchen. Das Gutachten wurde in dem Sinne
ß Zeichen einer Geisteskrankheit nicht nachweisbar wären. Der
rhandene mäßige Schwachsinn hätte nicht den Grad, daß er unter
Bei der Verhandlung stellte er sich anfangs aufgeregt, blödsinnig,
e die einfachsten Fragen nicht richtig. Nach Entfernung der
r sich nicht mehr beobachtet glaubte, änderte er sein Benehmen
eantwortete alle Fragen sachgemäß, verteidigte sich, wußte von
gen bei der Straftat. Zur Verbüßung seiner Strafe von einem Jahr

Digitized by Google

Bewegungen, taumelnder Gang, Silbenstolpern, Schielen. Alle Fr
wortete er meist mit „ich weiß nicht“ oder verkehrt.

Der Gefängnisarzt hielt sich für berechtigt, die Diagnose auf
Paralyse zu stellen. Er wurde in eine Irrenanstalt überführt.
Anfang beobachtete träge und zeitweilig fehlende (?) Pupillenr
schleppende Sprache und der breitbeinige Gang ließ zunächst au
lyse denken. Bei fortgesetzter Beobachtung ließ man aber die
fallen. In dem eingeleiteten Entmündigungsverfahren nahm der Sach
einen Zustand von Geistesschwäche mit Verwirrtheit und nervöse
an, erklärte ihn für geisteskrank im Sinne des Gesetzes. Etw
nach der ausgesprochenen Entmündigung entwich er und wurde a
entlassen.

Nachdem er eine Zeitlang bei seinen Angehörigen in Posen
kehrte er 1905 nach Kiel zurück, arbeitete hier auf der Germani

Zeichen geistiger Störung wurden nach Aussage der Zeug
ihm beobachtet, auch nicht von einem Arzt gefunden, bei dem er
seines Magens in Behandlung befand.

Am 17. Juli wurde er wegen unsittlicher Handlungen festgen
der Klinik zugeführt. Hier stellte er sich anfangs den ihm fren
gegenüber blödsinnig. Bei der Untersuchung durch den ihm bek
läßt er den Blödsinn fallen und gibt sachgemäße Auskunft auf F
über die ihm zur Last gelegte Tat. Für Paralyse fand sich nicht d
Anhaltspunkt: stets prompte Pupillenreaktion, niemals Sprachstö
Veränderung der Reflexe, keine Lymphocytose.

Auf Zusprache schielte er vortrefflich, konnte auch ganz gu
sprechen (er ist polnischer Abkunft). Beachtenswert war eine ung
Wandlungsfähigkeit; sein klägliches Verhalten, sein schlechtes
machte sofort auf Zureden einem geordneten Verhalten Platz.

Es ließ sich auch diesmal wieder nachweisen, wie er sich
andere Kranke zu kopieren.

Die wenigsten Simulanten sind wohl imstande, ein Sym
welches sie sich theoretisch konstruiert haben, vorzutäuschen, me
sie Gesehenes.

In eine Umgebung von wirklichen Geisteskranken gebracht,
unsicher, nehmen spontan oder auf direkte oder indirekte Sugges
Mittel, welches bei der Beobachtung von Simulanten zu empfeh
auch von anderer Seite (*Cramer*) mit Erfolg erprobt ist — Mani
gungen, Redensarten an, die zu dem von ihnen kopierten Kra
nicht passen.

Auch etwaige Lücken in ätiologischer Beziehung, v
vorgehoben habe, können für die Bearbeitung Fingerzeige geben.

Das bloße Geständnis der Simulation ist oft nicht
um daraufhin allein die Diagnose Simulation zu stützen. Man er

eli.)

ehr nützliches Vorgehen bilden zuweilen, wenn Geduld allein nicht führt, hydriatische Prozeduren und Anwendung des elektrischen n den beiden oben erwähnten Fällen hatte die Applikation des Stromes einen sehr prompten Erfolg: die Erscheinungen ver- völlig und kehrten nicht wieder.

es nicht angängig ist, auf Grund eines einzelnen Symptoms die imulation zu stellen, sondern daß der ganze Fall in seiner Ent- rlaufsweise und seinen Symptomen Berücksichtigung finden muß, in dieser Versammlung nicht zu erörtern.

ussion: Herr *A. Cramer*-Göttingen hält es für wertvoll, daß was die Häufigkeit der Simulation betrifft, auf den Unterschied hat, der besteht zwischen den Fällen, die zur Anstaltsbeobachtung nd den Fällen, die man in den Gefängnissen sieht. Damit ist die renz in den Angaben über die Häufigkeit der Simulation zum aufgeklärt; denn die zur Beobachtung auf Grund des § 81 St.P.O. Fälle stellen eine Auslese dar; bei ihnen ist Simulation selten. r weit über 100 derartigen Fällen nur zweimal echte Simulation ährend bei all den Fällen, die in Untersuchungshaft vorkommen, also keine Auslese vorgenommen ist, Simulation sicher ungleich

Delbrück-Bremen hat in den ersten zwölf Jahren seiner psychiatri- keit nur einen, in den letzten sieben Jahren in Bremen eine ganze Simulanten gesehen; vielleicht hänge dies mit der bekanntlich sehr inalität Bremens zusammen. Auch er hat wiederholt den elektri- n mit gutem Erfolge angewandt. Schließlich betont *D.*, daß die ten Amnesien mitunter sehr schwer zu werten sind. Ein auch r anwesenden Herren bekannter Epileptiker seiner Beobachtung, ollständige Amnesien für größere, weit zurückliegende Zeiträume Vorleben (z. B. einem längeren Aufenthalt in Württemberg, ndem Aufenthalt in verschiedenen Irrenanstalten usw.), für die t (bis zu mehreren Monaten) nach den Erlebnissen offenbar keine estanden hatte. Auf der anderen Seite hatte er Erinnerungs- (z. B. über Aufenthalt in Irrenanstalten, in denen er tatsächlich en war, Erzählungen über verschiedene von ihm ausgeübte Berufe es, was den Tatsachen nicht entsprach). Simulation hielt *D.* bei n eigentümlichen Störungen des Gedächtnisses nach Lage der ausgeschlossen, ohne indessen die Erscheinungen in einer ihn len Weise erklären zu können; er fragt an, ob von anderer Seite eobachtet worden ist.

Timbal-Altona hat P. auch in dem Krankenhaus in Altona behandelt. chte P. wörtlich die gleichen Angaben wie in Bremen, und zwar Not, da die Strafverfolgung schon ausgesetzt war.

der Anfälle — ob epileptisch, ob hysterisch — ist nicht ganz sic
Den angeblichen halbjährigen Erinnerungsdefekt räumte P. als „vo
ein. Anwendung des elektrischen Stromes, von hydriatischen Kure
angesichts der überaus großen Anwendung, welche wir für ther
Zwecke davon machen, auch für den vorliegenden Zweck gerechtf

Herr *Reye*-Friedrichsberg: Den erwähnten P. habe ich wie
Friedrichsberg behandelt und bin allmählich immer sicherer zu d
gelangt, daß es sich bei ihm um einen Simulanten handle.

Herr *Delbrück*-Bremen ist von der Diagnose „Simulation" b
Patienten P. noch nicht überzeugt, sieht aber in Anbetracht der vo
Stunde von weiterer Diskussion ab.

III. Herr *Dräseke*-Hamburg: Zur vergleichenden Rücke
anatomie.

Herr *Dräseke* spricht zur vergl. Anatomie des Rückenmar
kurzem Hinweis auf das Verhalten der Pyramidenbahnen bei der
denen Säugetiergruppen geht Vortr. an der Hand von Tafeln auf
midenbahnen der Insektivoren, besonders aber auf die des M
ein. Dieselben ziehen an der Hirnbasis spinalwärts, ohne daß j
makroskopisch sichtbare Kreuzung stattfindet. Sodann rücken die
bahnen zu beiden Seiten der Fiss. mediana ant. in diese Furche
hinein, so daß sie schließlich in der Mitte der Vorderstränge liegen
Bahnen zusammen ein im Frontalschnitt oval gestaltetes Feld bi
Pyramidenbahnen sind bei den Insektivoren mit sehr zarten Ma
umgeben, so daß sie bei Weigert-Färbungen gegenüber den F
Vorderstränge ganz schwach gefärbt erscheinen. Bei Talpa verliere
nach dem Eintritt ins Rückenmark ganz ihre Markscheiden, mithin
auf Frontalschnitten ein ovales Feld anscheinend grauer Substanz,
Übergang der Intumesc. cervicalis ins Dorsalmark allmählich ver

Sodann schildert Vortr. die Pyramidenbahnen der Chiropter
er besonders auf die hohe, makroskopisch sichtbare Kreuzung ders
weist und hervorhebt, daß mikroskopisch bei den Chiropteren
male und eine distale Decussatio pyramidum zu unterscheiden ist.

Aber auch das Rückenmark der Chiropteren bietet vergleic
tomisch manches Interessante, indem nur bei dieser Säugetiergrupp
flächlichen Nervenkerne sich finden, die *Koelliker* zu Ehren seines F
P. Hofmann mit dessen Namen belegte. *Koelliker* wies diese N
bei Vögeln und Reptilien nach und untersuchte weiter eine große
Säugetiergruppen. Er ließ sich auf Grund seiner negativen Befu
zu dem Schluß verleiten, daß diese peripheren Nervenkerne wohl al
tieren fehlen. Vortr. legt besonders dar, wie *Koelliker* den Bewei
hat, daß diese segmental angeordneten, oberflächlichen Nervenzel
mit den Conti-Hocheschen Zellen zu tun haben.

Digitized by Google

h und stellte fest, daß dieselben ihrem Ursprunge nach sich un-
vom Vorderhorn herleiten lassen, ein Befund, der bei den Vögeln
onal nachzuweisen war. Über die Anatomie der Zellen selbst
atürlich die Weigert-Präparate keine neuen Aufschlüsse. Anatomie
logie dieser interessanten, peripher gelagerten Kerngruppen bedürfen
der weiteren Erforschung. (Autoreferat.)

ngekündigten Vorträge der Herren *Cimbal*-Altona: „Aufgaben und
gen der psychiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern und der
und *Bolte*-Ellen: „Uneheliche Herkunft und Degeneration" mußten
an Zeit ausfallen.

Sitzung beschloß eine Besichtigung des neuen St. Jürgen-Asyls für
nd Nervenkranke in Ellen. *Wicht*-Ellen.

---

ammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 4. und 5. November 1905 in Karlsruhe.

esend sind die Herren: *v. Babo*-Karlsruhe, *Barbo*-Pforzheim, *Bayer*-
, *Berliner*-Gießen, *Betke*-Karlsruhe, *Bischoff*-Tübingen, *Böckelmann*-
e-Winnenden, *Böss*-Illenau, *Brosius*-Saarbrücken, *Bumke*-Freiburg,
uttgart, *Ciolina*-Pforzheim, *Daiber*-Weinsberg, *Determann*-St. Blasien,
Dreyfus-Heidelberg. *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eschle*-Sinsheim, *Max*
esloch, *Richard Fischer*-Neckargemünd, *Frank*-Zürich, *Friedmann*-
, *Fröhlich*-Ettlingen, *Fuchs*-Emmendingen, *Fürer*-Haus Rockenau.
Fürstner-Straßburg, *Gerhink*-Frankfurt, *Gierlich*-Wiesbaden, *Gut*-
sruhe, *Haardt*-Emmendingen, *Haberkant*-Stephansfeld, *Habermaas*-
., *Hahn*-Münsterlingen, *Heiligenthal*-Baden-Baden, *Hellpach*-Karls-
he-Freiburg, *Holtzmann*-Pforzheim, *Hügel*-Klingenmünster, *Kaiser*-
Karrer-Klingenmünster, *Kern*-Winnenthal, *Klaus*-Freiburg, *Kleve*-
gen, *Knoblauch*-Frankfurt, *Kohnstamm*-Königstein i. F., *Kreuser*-
, *Krimmel*-Zwiefalten, *Kürz*-Heidelberg, *Lehmann*-Karlsruhe,
uttgart, *Levinger*-Karlsruhe, *Lilienstein*-Bad Nauheim, *Longard*-
Mann-Mannheim, *Merzbacher*-Heidelberg, *Münzer*-Heidelberg, *Neu*-
sruhe, *Nitka*-Mannheim, *Nissl*-Heidelberg, *van Oordt*-St. Blasien,
Straßburg, *Pfister*-Freiburg, *Ranke*-Wiesloch, *Ransohoff*-Stephans-
ner-Hirsau, *Römheld*-Heppenheim, *Rosenfeld*-Straßburg, *Schneider*-
Hofheim), *Schröppel*-Frankenthal, *Schultes*-Illenau, *Schulz*-Klingen-
ioli-Frankfurt, *Sommer*-Mannheim, *Spielmeyer*-Freiburg, *Staden*-Hub,
lsruhe. *Stengel*-Bruchsal, *Stephan*-Mannheim, *Stühle*-Mergentheim,
nau, *Thornen*-Weinheim, *Thomsen*-Bonn, Gen.-Arzt *Timann*-Karls-
s-Karlsruhe, *Weber*-Goddelau (Hofheim), *Weil*-Stuttgart, *Weinland*-

Weissenau, *Weygandt*-Würzburg, *Wildermuth*-Stuttgart, *Wilm*-Schi
Wilmanns-Heidelberg, *Wollenberg*-Tübingen, *Zahn*-Stuttgart,
Straßburg.

Ihr Fernbleiben haben entschuldigt und die Versammlung
Sanitätsrat *Fauser*-Stuttgart, Geheimrat *Fischer*-Pforzheim, Dr. *F*
friedenheim, München, Geheimrat *Schüle*-Illenau, Prof. Dr. *Somm*
Dr. *Stadelmann*-Dresden, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Ziehen*-Berlin.

Herr Prof. *Sommer* ladet die Versammlung schriftlich ein, ihr
Sitzung in Gießen abzuhalten.

I. Sitzung am 4. November, nachmittags 2½ Uhr im
Saale des Hotels Germania.

Der eine der beiden Geschäftsführer, Herr Prof. Dr. *Nissl*, er
Sitzung und begrüßt die anwesenden Mitglieder, Teilnehmer und G
Eintritt in die Tagesordnung bemerkt der Herr Geschäftsführer, da
Ludwig-Heppenheim, einer der Begründer der Versammlung der
deutschen Irrenärzte, in nächster Zeit seinen 80. Geburtstag feiert, u
vor, dem Jubilar eine Adresse zu überreichen. Über den näher
der beabsichtigten Ehrung werden später Bestimmungen getroffen we
Geschäftsführer gibt ferner seinem Bedauern Ausdruck, daß durch
die der Geschäftsführung der Versammlung nicht zur Last fallen kö
heutigen Termine die 3. Sitzung der Vereinigung für gerichtliche P
und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen in Goddelau (Hofheim)
worden ist. Durch dieses bedauerliche Versehen wird eine An
Teilnehmer unserer Versammlung an ihrem Erscheinen in Karls
hindert.

Zum Vorsitzenden der ersten Sitzung schlägt er Herrn Ho
Dr. *Fürstner* vor, zu dem für die zweite Sitzung Herrn Medizi
Kreuser. Als Schriftführer kommen in Vorschlag: Dr. *Merzbacher*-
und Dr. *Pfersdorff*-Straßburg. Die Versammlung erklärt sich mit
schlägen einverstanden.

Der Vorsitzende Herr Hofrat Dr. *Fürstner* gedenkt in einer k
sprache des verstorbenen Prof. Dr. *Wernicke* und des Geh. San.-
Dr. *H. Laehr*. Beide gehörten zwar der Versammlung nicht als
an, es wird ihrer jedoch hier gedacht in Hinblick auf die große
die ihre Tätigkeit auf alle Psychiater auszuüben imstande gewes
Zum Zeichen der Ehrung erheben sich die Mitglieder der Versam
ihren Plätzen.

Es erstattet zunächst

Herr Privatdozent Dr. *Bumke*-Freiburg das erste Referat
Thema: „Die psychischen Zwangserscheinungen".

Das Wort „Zwangsvorstellung" ist zuerst von *Krafft-Ebing*
braucht worden; er wollte damit den objektiven Zwang bezeic

ge Verstimmung auf den Inhalt des Denkens ausübt, denn das
stehe „schon unter normalen Verhältnissen unter dem mächtigen
es Fühlens, und wo dieses nur noch eine Qualität kennt, muß es
it dem Vorstellen sein." Dieses psychologische Gesetz war schon
-Ebing bekannt gewesen, und der Autor wählte den Terminus nur,
nfreiheit und die Unzurechnungsfähigkeit des Gemütskranken
eben, weil Ärzte und Richter damals noch den Begriff der Seelen-
Irresein der Intelligenz aufgehen lassen wollten.
anders gebrauchte *Griesinger*, ohne *Krafft-Ebings* Arbeit zu kennen,
äter dasselbe Wort; er nannte die Fragen, die sich seinen Kranken
ren Willen, trotz ihrer Überzeugung von der Unsinnig-
der krankhaften Entstehung ihrer „Grübelsucht" aufdrängten,
rstellungen in Frageform". Das Wesentliche dabei war für ihn,
eschede und *Berger*, der subjektive Zwang.
de so faßte *Westphal* den Begriff auf, als er 1877 seine bekannte
gab, die eine rein formale, primäre „Störung der Denk-
" umschreiben sollte, und den von *Krafft-Ebing* behandelten Tat-
sdrücklich ausschloß. Die Verwirrung, die heute in der Lehre von
svorgängen herrscht, ist zum größten Teile daraus entstanden, daß
ng zwar *Westphals* Begriffsbestimmung anerkannte und annahm,
ber wiederholt seine eigenen angeblichen Prioritätsansprüche be-
d diese Ansprüche waren ungerechtfertigt, sobald sie nicht bloß
ung des Wortes galten; denn „von dem Vorkommen selbst-
primärer, von jeglicher affektiver Grundlage losgelöster Erschei-
vie sie *Westphal* beobachtet hatte, hatte *Krafft-Ebing* früher „noch
ntnis gehabt." Auf diese Weise sind zwei prinzipiell verschiedene
zusammengeworfen worden, nur weil sie zufällig einmal denselben
alten hatten.
Verwirrung wurde noch größer, als man anfing, das französische
ession, das außer den Zwangsvorstellungen auch die Impulse, die
nd auch die fixen Ideen umfaßte, mit der deutschen Bezeichnung
rgänge" synonym zu gebrauchen. Da man lange Zeit gar nich
diesem Ausdrucke durch eine Begriffsbestimmung einen bestimmten
geben, so wurden bald hypochondrische und melancholische Be-
n, Beeinträchtigungs- und Insuffizienzideen Zwangsgedanken genannt.
chnete man ohne weitere Analyse alle Phobien zu den Zwangs-
gen und sprach bald nicht bloß von Zwangsbefürchtungen
wangsangst, sondern auch von Zwangsaffekten und Zwangs-
gen. Nachdem dann *Buccola* Halluzinationen infolge von
stellung hatte auftreten sehen, gebrauchte man die Bezeichnungen
halluzination" und „Zwangsempfindungen" (*Hoestermann*)
e für sekundäre Sinnestäuschungen und Sensationen auch für
uftretende, die mit dem Zwangsvorstellen nichts weiter gemein
den pathologischen Zwang, der bei allen Krankheitserscheinungen

Digitized by Google

der Obsession hallucinatoire und der Hallucination obsédante. — A
die Entwicklung gewesen, die der Begriff der „Zwangshandlung
gemacht hat. Ursprünglich war damit das durch subjektiv a
empfundene Zwangsantriebe bestimmte Tun gemeint, nachdem
Wort Zwang im Sinne des objektiven Zwanges gebraucht wurde,
man ganz naturgemäß die abnormen Triebe (Dipsomanie), die He
und Idiosynkrasien, die Tics, die sexuellen Perversionen und s
sogar die hysterischen Einbildungslähmungen- und Krämpfe zu den
erscheinungen.

Durch die Arbeiten von *Janet, Löwenfeld, Warda* und *Fr*
durch die verschiedene Forschungsrichtungen zu einem gewissen
gebracht sind, ist es erleichtert worden, heute zur Frage der Zwangs
Stellung zu nehmen.

Der Versuch, hier Grenzlinien zu ziehen, muß, da *Krafft-E*
akzeptiert hat, von *Westphal*s Definition ausgehen, und deren wes
„Merkmale" waren erstens die Unverdrängbarkeit der Vorstellu
das subjektive Gefühl des Zwanges, das sie beim Kranken her
zweitens: die Abwesenheit eines gefühls- oder affektartigen Z
drittens: das Erhaltenbleiben der Kritik.

Die Eigenschaft des Zwanges, der Immobilität allein reicht, w
über *Löwenfeld* betont werden muß, deshalb nicht aus, um die Z
gänge zu charakterisieren, weil auch Wahnvorstellungen, namentlic
cholische, und außerdem eine ganze Reihe von anderen, bei Gesu
tretenden Ideen, dasselbe Gefühl des subjektiven Zwanges hervorrufe
Solche Gedanken, deren aufdringlichen Charakter jeder kennt, sind
die „abschlußunfähigen Vorstellungen" des Zweifels, der Sorge, der
(*Friedmann*). Die einzige Eigenschaft, die diese Ideen, die ferne
subjektiv als lästig empfundene Wahnvorstellungen, und endlich
wertigen und die autochthonen Ideen mit den Zwangsvorstellungen
gemein haben, ist aber schon von *Stricker* in dem ganz eindeut
„dominierende Vorstellung" zum Ausdruck gebracht worden.

Wollen wir unter Zwangsvorstellung etwas anderes, prägnan
stehen, so werden wir uns erinnern müssen, daß die Ursache des Do
meist in der Gefühlsbetonung der Vorstellungen liegt; nur die
vorstellungen *Westphal*s und die autochthonen Ideen *Wernicke*s mac
eine Ausnahme. Wir müssen deshalb das positive Kriterium des
vorstellens, das der Immobilität, durch das negati
schränken, das dem Zwang eine Stimmungsanomalie
Gefühlsbetonung der Ideen nicht zugrunde liegt.

Um nun die Zwangsvorstellung auch gegen die autoc
Ideen abzugrenzen, werden wir die von *Wernicke* betonte Tatsac
ziehen dürfen, daß diese stets nach außen projiziert, auf Beeinflu
außen zurückgeführt werden, jene, die Zwangsideen, aber nie in die

ahnbildung, die eine notwendige Folge der autochthonen Ideen ist. Unterschied liegt in einem verschiedenen Verhalten der Kritik: svorstellungskranke erkennt seine Ideen stets als eigene an, hält r „gemacht". Meistens beurteilt er sie zudem auch als krankanden und als inhaltlich falsch; nur auf der Höhe der Angst Teil der Kritik zuweilen verloren. Allerdings ist zu berücksichtigen, en Zwangsvorstellungen, überwertigen und autochthonen Ideen vorkommen (*Wernicke*).

wir somit definieren: „Zwangsvorstellungen sind Vor-, die, ohne daß ihre durchschnittliche oder durch die des Kranken verstärkte Gefühlsbetonung das erklärt, subjektiven Gefühl des Zwanges in das Bewußtsein ich durch Willensanstrengungen nicht verscheuchen d deshalb den Ablauf der Vorstellungen hindern und zen, obwohl sie vom Kranken stets als ohne Grund nd und meist auch als inhaltlich falsch und als krankanden erkannt werden," — so ist das die *Westphal*sche Benung in etwas anderer Formulierung; und die mag durch Mißverrechtfertigt werden, welche die ursprüngliche Fassung er-

wir diese Auffassung auf die Zwangsvorgänge übertragen, wir dabei von dem Begriff des Zwanges ausgehen müssen; und delt es sich dann nicht um den Zwang überhaupt, sondern um m Kranken empfunden und als abnorm und unmotiviert er-

s folgt ohne weiteres, daß den Zwangsvorstellungen Zwangsngen, Zwangshalluzinationen, Zwangsaffekte und mmungen als gleichwertige Störungen nicht an die Seite gen können; denn unseren Sinneswahrnehmungen und unseren gungen gegenüber haben wir niemals das Gefühl der Freiheit, Denken begleitet. Zwangshandlungen aber sind für unsere wie eine einfache Überlegung lehrt, Handlungen infolge von rstellungen, und zwar sowohl dann, wenn Zwangsantriebe mgesetzt werden, als wenn das Tun die Beseitigung einer in der vorgestellten Situation bezweckt. Übertragen wir diese Beurteivangshandelns" auf alle Zwangsvorgänge, so würden wir definieren

gsvorgänge sind erstens Zwangsvorstellungen und alle psychischen Vorgänge, die aus diesen unmittelbar

h würden bei allen Zwangssymptomen Zwangsgedanken im Spiele nter diesem Vorbehalte könnte man dann auch die Halluzinationen, dieser Ideen sekundär auftreten, „Zwangshalluzinationen" nennen.

Von den Phobien wurden nur diejenigen unter diese Beg
mung fallen, die wie die Schmutzfurcht auf eine Zwangsvorstellu
zuführen sind; bei den Fällen von Platzangst dagegen, die W
schrieben hat, handelte es sich um eine primär auftauchende E
also nicht um eine — „Zwangserscheinung". Auch diese Unte
stammt von *Westphal*, der freilich die Fälle von „Platzangst"
kannte, bei denen die Idee des Nichtkönnens der Angst vorausgin
deshalb zu den Zwangsvorgängen gehören.

Von den Zwangshandlungen sind nach *Hoches* Vorgang die
zu trennen, bei denen „das Gefühl des wider Willen und besser
Gezwungenwerdens" fehlt; ebenso natürlich die Hemmungen und
deren Entstehung echte Zwangsgedanken nicht nachweisbar sind.

Der beste Beweis dafür, daß eine andere und speziell ei
Fassung des Begriffs der Zwangsvorgänge als wie die hier dur
nicht aufrecht erhalten werden kann, liegt in der Tatsache, daß
sehr zahlreichen Theorien, die diese Vorgänge erklären sollte
Symptome, die z. B. in *Löwenfelds* Monographie künstlich vereinig
trifft; insbesondere versagen dem von *Westphal* beschriebenen T
gegenüber alle Hypothesen, die eine emotive Grundlage der Zwa
nungen annehmen: denn in diesen Fällen handelt es sich um eine
Denkstörung, die entweder auf eine Aufmerksamkeits- ode
eine Willenstörung zurückgeführt werden muß. Die Erklärun
aber, die den Gehirnzustand der Zwangsvorstellungskranken
haben, sind überhaupt nicht geeignet, als Abgrenzungsprinzip zu d
Ausdruck „reizbare Schwäche des Gehirns" z. B. umschreibt doc
ganz allgemeine Disposition zu nervösen Erkrankungen überhaupt.

Die klinischen Gründe endlich, die nach der Ansicht
Autoren eine andere Gruppierung der Symptome, als die hier
rechtfertigen sollen, sind deshalb nicht stichhaltig, weil keine de
vorstellungspsychosen oder -Neurosen, die als angeblich einheitlic
heitsbilder aufgestellt sind, von anderen Formen der ererbten Enta
aber der erworbenen Neurasthenie scharf getrennt werden kann.
ist es möglich, daß die Obsessions der Franzosen in dem Sinne
gehören, in dem sie von *Magnan* und jetzt von *Janet* vereinigt sin
Zwangsvorstellungen würden dann gewiß dazu gerechnet werde
In diesem Falle aber wäre es zweckmäßiger, nach dem Vorgange v
das Wort „Besessenheit" in die deutsche psychiatrische Sprache
nehmen, als etwa für die von *Westphal* beschriebene Störung ein ne
zu erfinden. Und das wäre dann deshalb notwendig, weil an ihrer
logischen Sonderstellung nicht gezweifelt werden kann.

(Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt in *Hoches* Sammlu
loser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskr
Halle, *Marhold*.) Aut

olgt der zweite Vortrag des Korreferenten, Herrn Privatdozenten
feld-Straßburg: Die klinische Bedeutung der Zwangs-
.

r psychische Akt kann im Verlauf einer Psychose den Charakter
derstehlichen Zwanges annehmen. Dies gibt aber noch nicht die
ng, die so gearteten Symptome unter die Zwangsvorstellungen im
*Westphal*schen Definition zu rechnen. In Fällen, welche verschie-
ische Symptome bieten, kann man nicht wissen, ob die unter der
g des Zwanges auftretenden Vorstellungen oder Impulse auf dem-
ge zustande kommen, wie die echten Zwangsvorstellungen. Der
us jeder unter einem Zwang auftretenden Vorstellung kann bei
hose ein anderer sein. Die klinische Diagnose der Fälle erscheint
wichtig, wenn nicht ausschlaggebend dafür, ob man ein psychisches
welches zwangsartig auftritt, zu den *Westphal*schen Zwangsvor-
rechnen darf oder nicht. *Hoche* sagt deswegen auch in seinem
daß es gut sein wird zur Abgrenzung und Definition des Begriffs
stellung nur solche Fälle heranzuziehen, in welchen die Zwangs-
en die einzige, oder doch hauptsächlichste Anomalie waren.

Fälle, in denen Zwangsvorstellungen beobachtet wurden, und die
das Interesse auf sich zogen, waren klinisch durchaus nicht immer
g. *Wernicke* bestreitet überhaupt die Existenz von Fällen, welche
e andere psychische Symptome verlaufen. Fälle ohne Affekt-
gen gibt es bei ihm nicht. *Wernicke* sagt, daß es nur dann konse-
e, von einer Zwangsvorstellungsneurose zu sprechen, wenn man
damit die degenerative Ätiologie und andererseits die Zugehörigkeit
ntarsymptome zu der Breite des psychisch normalen kennzeichnen
Kriterium der Zwangsneurose gegenüber der Zwangspsychose können
nicke noch folgende Momente dienen: Das Vorhandensein des
ler Umstand, ob die Handlungen der Patienten durch die Vor-
beeinflußt werden, und schließlich die Reichhaltigkeit und der Inhalt
llungen. *Binswanger* hebt die Bedeutung der Affekte für das Zu-
men der Zwangsvorstellungen der Neurastheniker hervor und ver-
mit den noch nicht als abnorm zu bezeichnenden Befürchtungen
Jastrowitz betonte, daß auch da, wo die Vorstellungen ganz plötz-
chen, aus der Anamnese zu erfahren ist, daß vorher die Gemüts-
ranken geändert ist. *Morel*, *Pitres* und *Régis* betonen, daß die
e Hauptrolle bei den Zwangsvorstellungen spiele. *Kraepelin* faßt
welche vorwiegend mit Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürch-
hergehen wohl unter einem Namen des Zwangsirreseins zusammen.
ot auch zu, daß eine scharfe Abgrenzung der Krankheit nur eine
ist, daß vielmehr auch andere Teile der Psyche mitbetroffen sind.
nzung der Zwangsbefürchtung von der allgemeinen Ängstlichkeit
möglich. *Binswanger* weist schließlich darauf hin, daß, obwohl die

vorstellungen voraussetzte, pathologische Reiz- und Hemmungszus
intellektuellem Gebiete — also formale Störungen der Denktätig
kommen. Er erklärt bei Neurasthenikern die Entwicklung der Z
stellungen aus der Erschwerung aller komplizierter logischer Denk
Diese werden durch gesteigerte Ermüdungsempfindungen sehr qual
nosologische Stellung der Zwangsvorstellungen und ihre Einteilung
psychologischen Konstitution muß nach alledem auf beträchtliche
keiten stoßen. *Mendel*, *Falret* und *Tuczek* treten für das Vorkor
Zwangsvorstellungen bei Gesunden ein. *Mendel* spricht von physi
Zwangsvorstellungen, welche aber als pathologisch zu bezeichnen sin
schwere Angstzustände mit somatischen Störungen hinzukommen.
schließen sich hier am besten die Fälle an, in welchen durch e
Schädigung der körperlichen oder psychischen Widerstandsfähigkei
vorstellungen sich ausbilden und wieder weichen können, wenn di
gung beseitigt wurde.

Am häufigsten kommen Zwangserscheinungen bei Neurasthe
und zwar nicht nur in Fällen, welche hereditär belastet sind. Vo
Neurastheniefällen, in denen die Zwangserscheinungen nur rudim
treten sind, bis zu solchen Fällen, wo dieselben vollkommen domini
es zahllose Übergänge, und die Abgrenzung einer Zwangsvorstellu
kung von der Neurasthenie mit Zwangsvorstellung hat seine Sch
Charcot nimmt an, daß die schweren Phobien der Neurastheniker
Heredität bedingt sind, und er rechnet die leichten Angstzustände
bien zu den Symptomen der Neurasthenie. Auch nach *Binswa*
Krafft-Ebing fallen die einfachen Angstzustände und Phobien unter
asthenischen Störungen. Phobien können als Vorläufer neuras
Beschwerden auftreten.

Bei Hysterie finden sich nach verschiedenen Autoren auch
vorstellungen. *Janet* sucht einen Unterschied zu machen zwis
Zwangsvorstellungen der Hysterischen und denjenigen der Neura
Erstere sollen auf einem mehr emotionellen und suggestiven Wege
kommen, während der Ursprung der letzteren ein endogener i
Löwenfeld sagt, daß er keinen Unterschied zwischen den Zwan
nungen der Hysterischen und der Neurastheniker finden kann, so
zum Teil wohl an der weiteren Fassung des Begriffs der Zwangs
Bei *Kraepelin* spielen die Zwangsvorstellungen bei Hysterischen keine
liche Rolle, falls man nicht die sogenannten Dauerformen unbewu
wirkungen (*Krehl*) als solche anerkennen will. Inhaltlose Angsta
Impulse finden sich bei Hysterischen auch nach Anfällen. Sie di
nicht den Zwangsvorstellungen in unserm Sinne zugezählt werden.

Die Prognose der Fälle mit dominierenden Zwangserschei
unserem Sinne ist eine unsichere. Es gibt Fälle, in denen die
schon in jugendlichem Alter auftreten und um die Zeit der Puber

Die Periodizität ist sehr auffällig. Die Schwere eines Falles
lut nicht von der Zahl der vorhandenen Vorstellungen ab. So
oliert bestehende Berührungsfurcht dem Kranken viel peinlicher
ine ganze Reihe von Vorstellungen. Grübelsucht, Zweifelsucht,
urcht geben nach dem Urteil erfahrener Autoren die schlechteste
Der Ausgang von echten Zwangszuständen in Verblödung wird
Marie und *Vigouroux* geben aber einen eigentümlichen Zustand
sie als Démence spéciale bezeichnen, und der aus jahrelang
Zwangsvorstellungen sich entwickeln soll. Auch *Krafft-Ebing*
tige Zustände, ebenso *Löwenfeld*. Der Fall, welchen *L.* anführt,
llige Untätigkeit und Interessenlosigkeit und verbrachte den Tag
n Hinbrüten. Ein Übergang des Leidens in andere psychische
ommt nach *Kraepelin* nicht vor. *Löwenfeld* erwähnt, daß, wenn
chischen Zwangserscheinungen sich andere Symptome gesellen,
ist ganz frühzeitig und nicht erst nach jahrelangem Bestehen der
ellungen geschieht. In keinem seiner Fälle, in denen längere
svorstellungen und Phobien bestanden haben, traten andere Psy-
abgesehen vielleicht von depressiven Zuständen. *Koch* sprach
aus, daß die Zwangszustände eher vor dem Eintreten einer Psy-
zen, und *Löwenfeld* meint, daß sich die psychotische Disposition
Zwangszuständen leidenden in diesen zumeist erschöpft und da-
Individuum eine gewisse Sicherung gegen schwerere Störungen
rd. Ob diese Auffassung richtig ist, erscheint fraglich. Die Tat-
nt zu Recht, daß Übergänge älterer Fälle von Zwangsvorstellungen
sychosen nur selten oder gar nicht vorkommen.

ufige Koinzidenz der echten Zwangsvorstellungen mit dem neur-
Angstaffekt und den Hemmungszuständen der Neurastheniker
on vornherein wahrscheinlich, daß symptomatische Zwangsvor-
ei Psychosen mit depressiver Stimmung und Hemmung, aber ohne
ngen, auftreten können. Hier wird der emotionelle Zustand oder
g die Quelle der Zwangsvorstellungen, die inhaltlich der Stimmung
Wegen dieser Kongruenz der Vorstellungen mit der Stimmung
la dieselben mit einem besonderen Namen, obsedierende Vor-
Löwenfeld berichtet über eine leichte periodische Depression mit
befürchtung der Gravidität, weil die Menses einmal ausgeblieben.
childert Fälle von manisch-depressivem Irresein, welche wider
n grübeln mußten, sich mit der Ausmalung angenehmer Bilder
n und an religiöse Darstellungen obszöne Vorstellungen anknüpfen
chte Zwangsvorstellungen konnte der Ref. in zwei Fällen von
Depression beobachten. Über das Vorkommen von Zwangsvor-
bei Paralyse, Alkoholismus, Idiotie und Imbezillität liegen nur
eobachtungen vor. Bei Epilepsie sind auch Zustände als Zwangs-
n beschrieben worden (*Mendel, Löwenfeld*). Die senile und

Digitized by Google

führen. Über das Vorkommen von echten Zwangsvorstellungen der Dementia praecox und der Paranoia ist nicht viel sicheres Daß nach einem durch Zwangsvorstellungen wohl charakterisi stadium später paranoische Wahnideen auftreten, ist noch nicht Die im Verlauf einer Paranoia vorkommenden inkohärenten Vo können eine Art Grübel- und Fragesucht auslösen, welchen der einer gewissen Kritik gegenüberstehen kann. Die Abgrenzung dieser von den echten Zwangsvorstellungen wird jedoch in den meisten F auf Schwierigkeiten stoßen, wenn man die übrigen klinischen berücksichtigt.

R. erörtert dann noch die forensische Bedeutung der Zwangsvo und Zwangsbefürchtungen, welche nach den bis jetzt vorlieg teilungen eine äußerst geringe ist. Die auf Zwangsvorstellungen Zwangshandlungen müssen von den impulsiven Handlungen abgetre

(Die ausführliche Veröffentlichung des Referates erfolgt in *Hoc* lung zwangloser Abhandlungen. Halle.) Au

Der Vorsitzende eröffnet die Diskussion zum Referate: Dr. *Hoche*-Freiburg gibt seiner Genugtuung darüber Ausdruck alte Definition, wie sie *Westphal* gegeben hat, wieder zur Geltu Er macht auf eine Reihe von Fehlern aufmerksam, die bis jetzt b örterungen über das zur Diskussion stehende Thema die Verstä schwert haben: 1. Objektiver und subjektiver Zwang wurden ni auseinander gehalten und mit Unrecht das Merkmal des Zwang aufgegeben, daß der Kranke seinen Ideen mit einer gewissen Kr überstände. Freilich dürfe man darin nicht zu weit gehen: man einem Laien nicht viel mehr fordern, als daß er — nach *Hec* Wunsch hege, von den ihn quälenden Vorstellungen befreit zu werd Diskussion wurde erschwert durch die Verwendung unreiner Fäl Prinzipielle ging unter bei der zunehmenden Verwertung des Episo dotenhaften. Schließlich machte Herr Prof. *Hoche* auf die forensis tung der Zwangserscheinungen aufmerksam; so gut wie niemals fü Zwangsvorstellungen zu Konflikten mit den Strafgesetzen. Das denn gerade in forensischen Fällen zeige es sich, wie sehr der L sei, Zwangsvorstellungen mit Wahnvorstellungen und mit den „fi durcheinander zu würfeln. — Er freut sich, daß die alte Definitio Schärfe aufrecht erhalten werden könne.

Herr Prof. *Thomsen*-Bonn: Zwangsvorstellungen sind ein kommen bei Gesunden und neben allen möglichen Symptomen vo neben als wesentlicher, dauernder, das Bild und den Patienten beh Symptomenkomplex, als Krankheit mehr oder weniger selbständig

Für dieses Krankheitsbild gilt auch heute noch die *Westpha* nition, wenn man den einzelnen Teilen derselben das Wort „meis weise" beifügt.

ne weiteres anzuwenden, ist unerlaubt.

feld tut es dennoch und appliziert seine ohnehin einseitige Defi-
vangsvorstellungen (Immobilität, Störung des Vorstellungsablaufes)
s auf die Zwangserscheinungen im Sinne der alten Dreiteilung
Das erscheint sowohl klinisch als besonders forensisch sehr
nd führt zur alten Monomanienlehre zurück.

n betont außerdem als wichtiges klinisches Faktum die ausge-
ntimität, welche zwischen Hysterie und Zwangsvorstellungen
elben können sich bei demselben Kranken völlig ablösen.

Friedmann-Mannheim: Ich kann das Streben des Referenten, den
wangszustandes trotz der großen Erweiterung unserer Kenntnisse
*Westphal*sche Definition zu begrenzen, nicht für zweckmäßig halten.
ombegriff kann man nach theoretischem oder nach praktisch-empiri-
tspunkte bestimmen. Im letzteren Fall ist die Definition im wesent-
der freiwilligen Übereinkunft. Was ist nun der im allgemeinen
ewordene empirische Begriff des Symptomes? Ein Zwangsvorgang
n bei im übrigen normalem Denken ein psychisches Element, das
lär durch die Absicht der Person gelenkt wird, sich dieser
zieht, wenn die Person dagegen ankämpft, und wenn es sich
Bewußtsein drängt. Das kann eine Vorstellung sein, z. B. die,
das Ungeheuer Diebold an seinen Untaten verhindern müssen",
er auch ein sinnloser Impuls sein, z. B. jedes Papierstück auf
u sammeln, und das kann eine Impulshemmung sein, also meist
z. B. wenn statt des Aktionsimpulses, einen Fabrikhof zu über-
e hemmende Idee auftaucht, dies nicht ausführen zu können.
teht kein subjektiver Zwang, wenn es sich um Vorgänge handelt,
n de norma der Lenkung durch den Willen entzogen sind; dahin
luzinationen, primäre Empfindungen und primäre Angstgefühle,
kle mächtige Triebe, z. B. auf sexuellem Gebiete, welchen die
ohne Widerstand gehorcht.

nterschied gegen andere mächtige Vorstellungen kann man sich
der hypochondrischen Ideen klar machen; es kann nur eine
bergroße Furcht vor Krankheit bestehen, das sind dann einfach
Vorstellungen; oder aber die Person hat sich förmlich verrannt
bene Krankheitsideen und verteidigt sie leidenschaftlich gegen
Korrekturen seitens anderer. Das ist eine fixe Idee, ein Wahn-
drittens, die Person wird zu ihrem eigenen Schrecken, gegen
h und ihre innere Überzeugung verfolgt von solchen Ideen, deren
nd Beseitigung durch andere sie ersehnt: das sind Zwangsideen.
uch die Theorie ist doch wohl nicht so unvollkommen, wie der
int. Ich kann aber jetzt das nur mit einem Worte andeuten:
re ist die Schwäche der den Denkinhalt und die Handlungen
den und lenkenden Kräfte, der apperzeptiven Funktion. Tritt

oder mißlingt eine beabsichtigte Handlung, so fehlt eben die gei
um diese durch geeignete Reflexion oder durch Anspannen des W
nitiv zu überwinden und zu erledigen. Jeder unabgeschlossene
Inhalt drängt sich, besonders wenn er aufregend wirkt, aber von s
wieder ins Bewußtsein. Die apperzeptive Kraft nimmt nun nicht
dagegen verstärkt sich umgekehrt die ungebändigte Vorstellun
mehr und mehr, die Furcht vor ihr steigert sich, und eben dieses
und nutzlose Kämpfen um das Hinausdrängen der Idee und um
windung der Phobie wird als subjektiver Zwang empfunden.

Herr *Wilmanns*-Heidelberg fragt Ref., ob ihm über den Zusa
von Magenerkrankungen und Zwangserscheinungen etwas bekannt

Herr Hofrat *Fürstner*-Straßburg weist auf die geringe Bed
die den Zwangserscheinungen in foro zukommt. Er sei noch nie
gekommen, jemanden zu exkulpieren, der nur an Zwangsvorste
litten hätte.

Zum Schlußwort melden sich die beiden Herren Referenten.

Herr *Bumke* führt aus, er möchte einem Mißverständnis entg
er habe keineswegs alle „Phobien" von den Zwangszuständen trenn
sondern nur jene, in denen das Primäre eine Empfindung oder
nicht aber die Zwangsvorstellung des Nichtkönnens sei. Im übrige
doch nicht nur historische Gründe, aus denen das Wort Zwangsvor
dem Sinne von *Westphal* gebraucht werden sollte. An sich sei e
gleichgültig, ob man die Gedanken, von denen Herr *Friedmann*
habe, Zwangsvorstellungen oder ob man sie dominierende Vorstellun
Wähle man aber den Ausdruck Zwangsvorstellungen. so sähe ma
nötigt, für den Tatbestand, den *Westphal* beschrieben habe, ein
Namen einzuführen; denn in diesem handle es sich nicht wie in all
Fällen um das Dominieren infolge einer Gefühlsbetonung, sondern
primäre Denkstörung.

Herr *Haberkant*-Stephansfeld: Osteomalacie und Psycho
Vortr. berichtet kurz über zwei in Stephansfeld beobachtete
Katatonie, bei denen 9 bezw. 19 Jahre nach dem Beginn der Psy
mungserscheinungen an den Beinen und Skelettverbiegungen auf
auf Osteomalacie zurückgeführt werden mußten. Im Anschluß daran
Vortr. die klinische Stellung der bisher bei Osteomalacie beobach
chosen. Schon früheren Beobachtern (*Finkelnburg, Wagner von
Bleuler*) war die Übereinstimmung der psychischen Krankheitsbil
fallen. Die Annahme einer Schädelosteomalacie als Ursache der
ist zu verwerfen. Dagegen besteht vielleicht ein inniger Zusa
anderer Art zwischen Osteomalacie und Geistesstörung. Es schein
Osteomalacie nur bei gewissen Psychosen auftritt, jedenfalls vorwi
mit der Dementia praecox verbindet. Diese Kombination ist interes

ise aufweist. Nach *Kraepelin* spielen bei der Dementia praecox
törungen, die von den Ovarien oder der Schilddrüse abhängig
ptrolle. Dasselbe behaupten für die Osteomalacie *Fehling* bezw.
Der älteren Ansicht (*Ripping*, *Wagner von Jauregg*), daß die
in gewissen Gegenden auch für die Ätiologie der Puerperal-
n Bedeutung sei, wird unter Hinweis auf die *Hanau*sche Lehre
siologischen Osteomalacie beigepflichtet, jedoch mit der Ein-
daß ein derartiger Zusammenhang wahrscheinlich nur für die
uerperalen Ursprungs, die etwa ein Drittel aller Puerperalpsy-
achen, in Frage komme.

. *Friedmann*-Mannheim: Über einen Fall von Exhibitionis-
er nicht-epileptisches „petit mal").
afft-Ebing und *Seiffer* ist nichts wesentlich Neues in der Lehre
ibitionismus hinzugekommen. Mit am klarsten liegen die Fälle,
otoider Dämmerzustand vorhanden ist; doch erheben sich auch
n-forensische Schwierigkeiten, wenn sich eine epileptische An-
ch der Verdacht, daß eine solche besteht, nicht anderweit be-
Meist wird dann auch das Obwalten der Bewußtseinstrübung
und die entsprechende Angabe des Beschuldigten für unglaub-
Deshalb teilt *F.* einen Fall mit, welcher die Möglichkeit noch
Deutung solcher Dämmerzustände eröffnet.
ähriger Student der Theologie, ein persönlich überaus fleißiger
ener junger Mann von tadelloser Lebensführung (mit überdies
keineswegs starker vita sexualis) hatte in seiner mütterlichen
einer ganzen Reihe von Fällen (mindestens 6 bis 8 mal) exhibiert.
stets unter den gleichen Umständen, Sonntags in der Frühe,
f seinen kleinen Arbeitstisch am Fenster des Gaupenzimmers
mm und bewegungslos das Hemd eine Zeitlang bis Nabel-
öb. Beobachtet wurde dies nur von einer Familie vis-à-vis, die
rch eine 50 m breite Anlage getrennt war, und welche der Stu-
er Person, noch dem Namen nach kannte. Jener war zunächst
forschung sehr bestürzt und gab dann allmählich eine stark
Darstellung der Sache; er sei die ganze Woche hindurch äußerst
ätig und pflege auch Sonntags in der Frühe sogleich schwierige
udien zu machen; dazwischen gehe er auf den Abort und kehre
öllig angekleidet zu seinem Arbeitstische (am Fenster) zurück:
le ihm die grammatische Form, welche er sich angestrengt ein-
nd mehr ins Weite, er ermüde und stütze den Kopf auf; nun
ich noch, daß ein wollüstiges Gefühl über ihn komme; dann
ch wieder, kleide sich völlig an und arbeite weiter. Weiter
ts.
er ist an Apoplexie gestorben, die Mutter ist mäßig nervös, er

Digitized by Google

Tadel kam bald tiefe Verstimmung bis zu Selbstmordideen, bald
heftiges Zittern am ganzen Körper über ihn; nachts ist der Sch
und selbst Schlafwandeln ist vorgekommen. Das ist auch hier
festzustellen war.

Daß nun hier ein wirklicher Dämmerzustand vorlag — was
liche Sachverständige entschieden bestritt —, ist wohl nicht zu
Epileptische Spuren finden sich indessen nicht. Dagegen besitz
zelnen Akte der Exhibition folgende Eigentümlichkeiten: sie erfolg
häufig und stets zur gleichen Zeit und unter identischen Umstä
2. bei einem stark überanstrengten und nervös erregten jungen M
der Frühe mitten in einer einförmigen und ermüdenden Kopfarbe
nach einer Stuhlentleerung; dann schildert 5. der junge Mann selb
das Denken sich allmählich verwirrt, und wie er schläfrig wird,
er 6. ohnehin schon zu somnambulen Zuständen (nachts), endlich
er sich schon vorher direkt am Fenster und in (von dem Abor
noch halb angekleideter Verfassung.

So nimmt *F.* an, daß hier ein wirklicher schlafartige
mit somnambuler Erregung, eine Art von Trance eingetrete
spricht, daß die vorangehenden Momente, speziell die angestreng
mige Kopfarbeit hypnotisierend wirken, daß der Mann selbst
ohne sichtbare Verbindung mit der Außenwelt während der Ex
stand, daß er überhaupt andauernd nervös überreizt war, und d
lich epileptoide Zustände sich nicht wohl in dieser We
sagen künstlich züchten und herbeiführen lassen. —
sind auch später (seit einem Jahre) keine Exhibitionen mehr vo
nachdem der junge Mann verständiger zu leben und zu arbeiten g
— Es erfolgte auf *F.*s Gutachten hin Freisprechung.

In der Literatur finden sich einige Fälle, welche ähnlich gede
können.

Zum Schlusse bespricht *F.* auf Grund einer relativ reich
Erfahrung eine weitere Form von Bewußtseinstrübung, die e
rein nervöser Basis erfolgt und einem spezifisch epileptische
nämlich dem petit mal, symptomatisch sehr nahe kommt.
zeigen sich bei Kindern und jungen Leuten, dauern meist nur $^1/_2$-
die Personen bleiben dabei starr, können meist nicht reden, haben
merklichen Schwindel. Die Anfälle treten oft in großer Häufigk
lich vielfach auf, sie entstehen direkt nach einem Schreck und
evident bei Erregungen. Sie können viele Jahre lang andauern.
in zwei Fällen bestimmt eine 10, resp. 24 Jahre lang dauernde völ
konstatiert. Bei Kindern ist freilich auch Übergang zur Epilepsi
vorgekommen. Insgesamt hat *F.* etwa 20 derartige Fälle beobac
bisher gewöhnlich unter dem Sammelnamen der Narkolepsie
worden sind.

Digitized by Google

worden sind. Das häufige Auftreten und gerade zur Morgenstunde
lem Diskussionsredner von Bedeutung. Es lasse sich auch nicht
heit behaupten, daß der betreffende Mann nichts gesprochen habe,
Zeugen vorhanden seien, die darüber Auskunft geben könnten. —
r sieht nicht ein, warum es sich nicht doch um einfaches petit
pilepsie handeln sollte.

Friedmann: Die „Anfälle" wiederholten sich immer wieder mitten
eit, mitten in der Ermüdung, nachdem ein einförmiges Memorieren
ngen war — er betrachte es als eine Art induzierten Schlafs.
e Absenzen würden durch Induktion nicht so erzeugt, auch sei es
daß diese Zustände sich nicht wiederholten, nachdem der junge
arnt worden war.

K. Pfersdorff-Straßburg: Über Rededrang bei Denkhemmung.
von Mischzustand des manisch-depressiven Irreseins.

orhandene Rededrang gab sich objektiv, beim willkürlichen Sprechen,
eichten Beschleunigung der sprachlichen Produktion kund. Wenn
en nicht sprechen, so ist der Reizzustand der Sprachbewegungsvor-
an dem als Zwangserscheinung vom Kranken empfundenen Drange
innerlich zu sprechen, die Umgebung zu kommentieren. Durch
ußbarkeit durch äußere Reize charakterisiert sich der hier vor-
eizzustand als manischer Rededrang; er unterscheidet sich
von der halluzinatorischen Erregung der Sprachbewegungsvorstel-
amer), wie sie vorzugsweise bei der Katatonie sich findet. Die
der sprachlichen Vorstellungen, die nicht mit Stereotypie zu ver-
st, beruht auf der zugleich vorhandenen Denkhemmung. Diese
jenigen Vorstellungen, die durch unbewußte Affektschwankungen
verden. Mit der Hemmung dieser Vorstellungen geht eine Hemmung
eren Affektnuancen Hand in Hand. Der an die erleichterte Wort-
geknüpfte Affekt ist durch das Fehlen von Affektnuancen aus-
er ist ausgesprochen depressiv oder expansiv und äußerst labil:
ht jedoch dem Inhalt der produzierten Vorstellungen, ein Symptom,
Zustände von geistigen Schwächezuständen unterscheidet. Die
n der motorischen Erregung auf bestimmte Bewegungsgruppen haben
inde mit anderen Mischzuständen gemein; was sie auszeichnet, ist
sation der Hemmung auf bestimmte Gruppen von Vorstellungen
reaktionen.

Vortrag wird in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie

uß der ersten Sitzung: 5½ Uhr.

Digitized by Google

II. Sitzung am 5. November. Beginn um 9¼ Uhr.

Den Vorsitz übernimmt Herr Medizinalrat Dr. *Kreuser*-Winn

Herr *L. Merzbacher*-Heidelberg: Die Neurofibrillen im Li neuesten histologischen Ergebnisse. (Mit Demonstrationen)

Im wesentlichen ein Referat über die neuesten ausländischen (besonders italienischen), die sich mit der Entwicklungsgeschichte, stellungsweise und der Histopathologie der Neurofibrillen befassen. schauungen *Fragnitos*, *Bestas*, *Pighinis* und *Pegnas* über die plu Entstehung der Ganglienzelle, ihrer Fortsätze und der in denselb lichen Fibrillenzüge werden erläutert. Eingehend wurden die neuen methoden *Donaggios* (Pyridin, Ammoniummolybdat-Toluidinblau *Joris* (Anwendung von colloidalem Golde), sowie die Modifikation genannten Methode durch *Lugaro* besprochen und die Meinung genannten Autoren über die endo- und extrazellulären Verbindu Fibrillen einander gegenübergestellt. Eine neue Darstellungsweise de im Achsenzylinder peripherer Nerven, die von *Lugaro* angegeben w ist vom Referenten nachgeprüft worden. Die histo-pathologischen rungen an den Fibrillen, wie sie in den Arbeiten von *Cajal, Marine Tiberti, Pariani, Donaggio* und *Fragnito* beschrieben worden sinc kurzen, kritischen Bemerkungen unterzogen. — (Eine genauere W des Vortrages soll in Form eines Übersichtsreferates der neuesten schen „Fibrillenliteratur" demnächst im Zentralblatt für Nervenheill Psychiatrie erscheinen.) Aut

Diskussion: Herr *Kohnstamm*-Königsstein i. T. weist darau das Interesse, ob interfibrilläre Netzbildung oder nicht, darin beg daß im Falle von Netzbildung zwischen den Fibrillen die Vorst Fibrille als eines individuellen Leiters auch histologisch hinfällig wir es physiologisch-klinisch schon längst ist. Wie der *Babuchinsch* am Malapterurus und der *Kühne*sche Zweizipfelversuch zeigen, ist d nicht individueller Leiter, sondern dem einzelnen Draht eines beim El gebrauchten Drahtbündels zu vergleichen (*Edinger*). — Daß die N mit ihrer extrazellulären Umgebung ein „bloc" und eine Umschaltes zeigen klassische physiologische Erfahrungen. Die alte Neuronenleh also klinisch-physiologisch immer noch zu Recht.

Herr *Merzbacher*: Vortr. müsse es sich hier versagen, alle jene anzuführen, die gegen die Neuronenlehre sprechen; die Freunde der lehre (im alten Sinne) versuchen immer wieder einige Tatsachen ziehen, die zunächst ihnen recht zu geben scheinen, deren Beweis auch wieder angezweifelt werden kann.

Digitized by Google

Dauerbadbehandlung.

und Dauerbadbehandlung bedeuten eine wertvolle Bereicherung trischen Kurmittel, deren richtige Abgrenzung und deren technische gen zur Sprache gebracht werden. — Die Indikationen für längerunterbrochene Bettbehandlung sind nicht so zwingender Natur natischen Krankheiten; angemessene, unter Umständen schon frühErbrechungen derselben sind daher zu versuchen, sowohl bei unherapeutischer Anwendung in akuten Krankheitsfällen, als bei der nisch Kranker, die zu Bettsucht neigen, mit Herzschwäche und n Ermangelung eines handlichen objektiven Maßstabes für den Zeitpunkt mag man etwaigen Wünschen der Kranken, das Bett n, versuchsweise entgegenkommen, unter sorgfältiger Dosierung Bett zuzubringenden Zeit. Apathische müssen im Interesse der einer Beschäftigungstherapie dazu veranlaßt werden. Wichtiger dellose Verpflegung der Kranken ist es, deren Pflegebedürftigkeit en oder wenigstens einzuschränken. Für Liegebehandlung im den Liegestühle empfohlen, um die Betten mehr zu entlasten.

unerläßliche Ergänzung findet die Bettbehandlung durch Dauer- bei den Kranken meist nicht unbeliebt sind, aber nur symptoruhigend, nicht kurativ wirken. Jedenfalls erleichtern sie es, auf bteilungen die Ordnung aufrecht zu erhalten. Als unerwünschte ng sind vereinzelt Exantheme und otitis externa vorgekommen. wert ist es bisweilen, dem Bad noch eine kühle Packung nachassen; die beruhigende Wirkung wird dadurch gesichert und verso ohne längeres gewaltsames Festhalten im Bett und Bad nicht en ist, versagt meist die günstige Wirkung, treten Medikamente hte.

ssetzung sind für die Bettbehandlung genügend luftige Räume. schebestände, vermehrte Überwachung. Für die Dauerbäder zu e des Tages und der Nacht genügend warmes Wasser (ca. 150 l nd Tag); genügend Wannen (1 : 10, in der unruhigen Wachstation e Räume mit künstlicher Ventilation und zuverlässige Mischhähne. utischen Bäder sind von den Vorrichtungen zur Reinigung räumnnen. Einrichtungen und Betrieb sind nicht billig; wie sie in getroffen worden sind, wird unter Vorzeigung von Plänen ge- Auf der Wachabteilung für unruhige Frauen wurden die letzten e der Dauerbadeinrichtung geopfert. Autoreferat.

ussion: Herr Direktor *Ransohoff*-Stephansfeld: Die Vorteile der ung werden diejenigen Kollegen wohl am besten zu schätzen wie wir bisher in überfüllten und wenig gegliederten Räumen ihre behandeln hatten. Nichtsdestoweniger ist einer möglichst frühchäftigung, auch Frischerkrankter, das Wort zu reden. Wir haben

die befriedigend ausgefallen sind. Die Beschäftigung soll eine ge
perliche Anstrengung mit sich bringen.

Auch von uns ist eine ungünstige Einwirkung der Bettbehar
das Allgemeinbefinden chronischer Kranker beobachtet. Vorsicht ist
bei älteren Personen erforderlich.

Herr Oberarzt *Fuchs*-Emmendingen: Es wurde die Aufeinande
Bad und Einwicklung erwähnt als Mittel, den beruhigten Kranker
Bade zur Bettbehandlung hinüber- bezw. zurückzuleiten. In aller
anderer Weise angewandt, kann ich die Kombination von Wickel
empfehlen. Fälle nämlich, die weder in ihrer im übrigen indizi
packung noch auch im Bade zu halten waren, beruhigten sich, we
Wickel ins Bad kamen! Der Erfolg war mehrfach unmittelb
Verbindung von Bad und Wickel hat außerdem noch den Vorzug
es erlaubt, die Packung durch das umgebende Wasser spezifisch
rieren, also gegebenenfalls vorübergehend abzukühlen oder, etwa b
schen, gewissen Torpiden u. dergl., höher zu steigern, während beim
Wickel ja der Patient sich selbst die Temperatur liefert. Ich möcht
daß die Maßnahme wert ist, nachgeprüft zu werden.

Interessieren würde es mich, welche Temperatur Herr *Kreuser*
wenn ich so sagen darf, vermittelnde Einpackung anzuwenden rät.

Schlußwort: Herr Medizinalrat Dr. *Kreuser* wendet war
kühle Wicklungen an.

Geschäftliche Bemerkungen: Der erste Geschäftsführer,
Nissl, einer im vorigen Jahre erfolgten Anregung folgend, schläg
sammlungsort für das nächste Jahr Tübingen vor. In Betracht k
Gießen. Die Versammlung erklärt sich einstimmig für Tübinger
werden die Vorschläge, Herrn Professor *Wollenberg*-Tübingen und H
zinalrat *Kreuser*-Winnenthal zu Geschäftsführern der nächsten Sitzu
nennen, von der Versammlung einstimmig akzeptiert.

Als Gegenstand von Referaten schlug Herr Medizinalrat *K*
wissenschaftliches und ein praktisches Thema vor, nämlich

1. Die psycho-pathologischen Affektzustände bei Nicht-Geisteskr
2. Erfahrungen über Nachtwachdienst.

Von Dr. *Lilienstein*-Nauheim wurde ein drittes Thema vorg
„Alkoholistenbehandlung außerhalb der Irrenanstalten."

Professor *Wollenberg* empfiehlt die Annahme nur eines Themas
selben Sinne sprach Professor *Weygandt*-Würzburg, indem er darauf
sam machte, daß in Tübingen die der Erstattung des Referats einzu
Zeit erst recht beschränkt sein dürfte, da eine Besichtigung der Kl
scheinlich sehr erwünscht sein wird. — Die Mehrzahl der anwese
glieder der Versammlung stimmten auch tatsächlich für die Aufstell
Referats. Professor *Nissl* empfiehlt, man möge sich für ein

ischeiden mit Rücksicht darauf, daß in den letzten Jahren nur theo
zur Diskussion gestanden seien. Mit Stimmenmehrheit wurde hierau
Herrn Medizinalrat *Kreuser* vorgeschlagene Thema: „Erfah
bei Nachtwachen in Irrenanstalten" angenommen und
Krimmel-Zwiefalten zur Erstattung des Referates bestellt.

folgen die Vorträge:

r *Spielmeyer*-Freiburg i. B.: Weitere Mitteilung über eine be
Form von familiärer amaurotischer Idiotie.

tr. verweist zunächst auf seine früher mitgeteilte Beobachtung einer
Geschwistern in ganz gleicher Weise verlaufenen, im frühen Kindes
orbenen Verblödung, die sich mit Erblindung infolge von Retinitis
a komplizierte. Die Krankheit, die man ihren klinischen Grundzügen
familiäre amaurotische Idiotie resp. famil. amaur. Demenz nennen
at mit der *Sachs*schen Krankheit klinisch und anatomisch nichts zu
histologische Untersuchung eines dieser Fälle hatte seinerzeit zu
ellung eines neuen, von den bisher bekannten Rindenerkrankungen
den, histologischen Gesamtbildes geführt, das sein besonderes Ge
ch eine eigenartige allgemeine Ganglienzellerkrankung erhält.

seinerzeit ausgesprochene Vermutung, daß entsprechend der klini
ongruenz der Fälle auch das anatomische Substrat bei den
ällen ein gleiches sein würde, hat sich bei der Untersuchung eines
alles bestätigt; der Befund hier deckt sich durchaus mit dem bei
n Kinde. Auch hier makroskopisch nichts besonderes. Mikrosko
elbe Ganglienzellerkrankung (Aufblähung der Zellen durch Einlage
körnigen. hier und da pigmenthaltigen Masse). Mikroskopisch sind
änderungen an den Ganglienzellen am schwersten (Kombinationen
en Erkrankungsformen). Markfasern, Fibrillen, zellige und faserige
Gefäße wie im ersten Falle. — Die eigenartige Erkrankungsform
ienzellen wird an Zeichnungen demonstriert (elektroes Zellbild *Nissls*,
ld *Bielschowskys*).

Gleichartigkeit des anatomischen Substrates in diesen Fällen und
kterischen Züge des histologischen Gesamtbildes rechtfertigen den
den hier vorliegenden Krankheitsprozeß allein schon auf Grund der
hen Befunde als eine besondere Krankheitsform aus der Reihe der
Krankheitszustände auszuordnen. Späteren Versuchen einer klini
grenzung dieses Krankheitsprozesses. die auf Grund dieser einzelnen
ng nicht möglich ist. sollte durch diese Untersuchung die patholo
omische Grundlage gegeben werden. (Eigenbericht.)

kussion: Herr *Weygandt*-Würzburg glaubt. daß der Vortr. Recht
seiner Abtrennung dieser Fälle von der *Sachs*schen Krankheit. auch
letzteren Begriff erweitert im Sinne von *H. Vogt*, indem man Fälle

Digitized by Google

agt an, ob sich an den Blutgefäßen der Fälle des Vortr. irgendwel
indliche Erscheinungen beobachten ließen.

Herr *Spielmeyer* erwidert, daß kein entzündlicher Prozeß (luische
ahrzunehmen war.

Herr *Heilpach*-Karlsruhe: Die pathographische Methode.

Die Psychopathologie ist neuerdings in geisteswissenschaftliche P
erwickelt worden, und einer der bekanntesten solcher Versuche
Pathographien", d. h. Krankheitsschilderungen aus dem Leben bed
ersönlichkeiten. Dabei wurden aber die Grenzen der psychiatrisch
etenz vielfach überschritten. Nicht jede Krankheit einer Berühm
egenstand der Forschung, sondern nur solche, die zu der Bedeut
erühmten Mannes in einer Beziehung steht: also vor allem geistige
itäten und körperliche Leiden mit seelischen Nachwirkungen. D
urch Beispiele (am Geisteszustand Schumanns, Napoleons, Goethes
hes, Beethovens) erläutert. An die pathographische Untersuchung
ur der Fachmann wagen, d. h. der Mediziner, bezw. meist der Ps
as sonst herauskommt, zeigt die sensationelle Pathographie des Th
asmussen über Jesus. Aber selbst für den Fachmann, der den rech
efunden, sind der Gefahren noch genug. Gar leicht tritt die Verwe
n, der Pathograph solle mit dem Nachweis einer Krankheit das Geni
etzen, den Nimbus des Genialen zerstören. Beides hat aber gar nic
nander zu tun; denn etwas kann (wie *Moebius* es formuliert) „natu
chaftlich fehlerhaft" und doch „ästhetisch erfreulich" sein; ein Geiste
ann etwas Wahres und Schönes sagen usw. Der Pathograph hat als
ir oder wider seinen Helden zu sagen, welches auch seine Diagn
s darf aus der Pathographie weder ein Werturteil abgeleitet, noch
efaßtes ihr übergeordnet werden, und erst recht darf sich keines
ang einmischen, z. B. dürfen nicht ungewöhnliche Ansichten als Sy
er Geistesstörung ohne weiteres beurteilt werden. Dies wird an de
Weininger" erläutert. Sehr vorsichtig hat sich der Pathograph auch
eurteilung des „Milieus" seines Helden zu verhalten; die Frage,
Wirkung eines Menschen auf seine Zeit aus pathologischen Zeitstim
eraus zu verstehen sei, ist sehr bedeutsam, aber sie gehört überhau
ehr in die Pathographie hinein. Psychopathische Seelenbestandt
on außen stammen, sind auf ihre Herkunft, den Grund ihrer An
z. B. Autorität, Suggestion) und die Veränderung bei der Aneignung
ntersuchen; ob sie aber dort, wo sie herkamen, auch schon abnorm
timmungen usw. waren, geht die Pathographie nichts an; dies zu e
t Sache einer neuen, der sozialpsychopathologischen Fragestellu
ethodik. Redner gedenkt zum Schluß der bahnbrechenden Verdie
ch Dr. *Moebius* in Leipzig um die pathographische Methode erworb

er Voraussetzungen für pathographische Darstellungen, wie sie uns Vortr. gegeben hat, ist um so mehr zu begrüßen, als in Biographien ender Männer, die das Unglück gehabt haben, geisteskrank zu egen diese Forderungen sehr gewöhnlich bedauerlich verstoßen wird. rsten pflegt es Laien zu gelingen, ihr Werturteil über eine Persön- Einklang zu bringen mit der Diagnose einer geistigen Erkrankung. el hierfür möchte ich die kürzlich erschienene Lebensbeschreibung *ayers* von Dr. phil. *S. Friedländer* nennen. Um der Bedeutung es voll gerecht zu werden, glaubt der Verfasser die Tatsache einer nkheit in Abrede ziehen zu müssen und hält sich für berechtigt, *Mayers* psychiatrische Ärzte schwere Vorwürfe zu erneuern. Einer lung steht zurzeit noch der § 300 des St.G.B. im Wege.

Münzer-Heidelberg: Über Puerperalpsychosen.

r. berichtet über die Resultate, die eine Untersuchung von 101 Fällen peralpsychosen in der Heidelberger Klinik ergeben hat. Geprüft bei im wesentlichen die Fragen über Ätiologie, Häufigkeit, Formen r, Verlauf und Prognose der Puerperalpsychosen. Bezüglich der konnte kein von den übrigen statistischen Feststellungen wesent- niedenes Resultat gefunden werden. Die Frage der Ätiologie wurde chiedenen Gesichtspunkten erörtert, als ausschlaggebendes ätiologi- nent konnte aber nur wieder die von früheren Autoren bereits an- Erschöpfung und Überanstrengung des Körpers infolge des Genera- äftes verantwortlich gemacht werden. Was nun die Formen der Erkrankungen anbelangt, so bekämpft Vortr. den von *Aschaffenburg* n Standpunkt, es gebe kein spezifisch puerperales Irresein. Aller- den keine durch besonders spezifische Merkmale ausgezeichnete sychosen gefunden; immerhin aber weisen einzelne in den Kreis htung gezogene Faktoren auf die klinische Sonderstellung der Puer- osen hin. (Eine ausführliche Wiedergabe des Vortrages wird an elle erfolgen). Autoreferat.

Direktor *Sioli*-Frankfurt a. M.: Ist das heutige System villen- avillons für alle Irrenanstalten das allein richtige?

Entwurf der ehemaligen schematischen großen Korridorbauten der enanstalten konnte hauptsächlich dem Architekten überlassen werden. ie Individualisierung der Gebäude vorgeschritten ist und jedes Haus deren Kategorien von Kranken anpassen soll, seit die ganze An- eine Pavillons und Villen zerfällt, ist die eingehende Mitwirkung aters an den Bauplänen unerläßlich.

dideen bei dem neuen Anstaltsbau sind:

ewährung großer Freiheit und Anregung für den einzelnen Kranken familienartige Leben in den komfortablen Landhäusern, dadurch g der Kunstprodukte der alten Irrenanstalten.

meiden der Belästigung ruhiger Kranken durch Unruhige, des
sich Aufregens und der durch Imitation erzeugten Aufregungszustän
ruhigen.

3. Erleichterung der Beschäftigung durch näheres Wohnen un
im Arbeitsbetrieb, besonders dem landwirtschaftlichen, Gärtnerei
stätten.

4. Anpassung an die modernen Bestrebungen der Bett-, Wac
Bäderbehandlung, Vermeidung des Gefängnismäßigen, Anschlu
Krankenhausartige.

Es fragt sich nun, ob sich diese Ziele nicht zum Teil widersp
ob sie bei allen Kategorien von Geisteskranken in gleicher Weise v
werden können.

Wie diese Absichten und Ziele in den neuesten Anstalten v
sind, wird an einer Reihe von Plänen aus neuen Anstalten dargel

Der Sammelatlas von Dr. *Kolb* hält leider nicht ganz das
Name verspricht. Er bringt Vorschläge und unerprobte Pläne
schematische Einteilung nach arithmetischen Größen von Anstalten
genug den verschiedenen, wirklichen Verhältnissen entsprechen:
anlagen sind durchgehends zu klein projektiert.

Die Kritik der einzelnen in den letzten Jahren entstandenen
gibt, daß wir einige neue Versuche in großen Pavillons haben, z. B.
Buch, die dennoch im Innern starke Individualisierung in kleine
zeigen; dort wie zum Teil in Dösen sind die Tageräume deutlich
erweiterten Korridoren entstanden.

In einigen der neuesten Anstalten ist nun aber die Kleinv
bis zu einem gewissen Schematismus gediehen, der fast anfängt,
tektensport zu werden.

Eine Reihe von weiteren Grundrissen der Villen kann ma
ursprüngliche Alt-Scherbitzer Villa im H-Stil zurückführen, die
hausen verfolgbar ist, gewöhnlich aber einen etwas zu dunklen Mitt

Andere Grundrisse gehen auf das Schema der Baracke z
scheinen zum Teil für kleinere Verhältnisse ziemlich zweckmäßig

Große Verschiedenheiten finden sich bis in neuester Zeit
oder Weglassen eines Einzelzimmerkorridors im Haus der Unruhig

Das Bestreben nach Individualisierung durch Anlage kleine
und Nebenräume tritt in den Plänen von Johannistal und Wei
nehmend hervor.

Aufs höchste ist dies Bestreben in der Bremischen Anstalt E
geführt. Viele und kleine Abteilungen in relativ kleinen Häus
scheint mir die Durchführung dieses Bestrebens zu scheitern.

Diese villenartigen Häuser passen für agrikole Kolonien, nicht
städtische Anstalten mit vielen Aufnahmen schwer Kranker u

r und permanente Pflege, was ich nicht für gestattet halte.

[illegible] nur in Räumen mit dauernder Über-
[illegible]. Die städtische Bevölkerung liefert aber zumeist
Individuen, Paralysen, Senile, Organische, Verbrecher, die min-
Fälle Bettbehandlung bedürfen.

e diese sind zahlreiche große Wachsäle die Hauptsache, ebenso
n in volkreichen Industriebezirken mit vielen Aufnahmen. Bei
[illegible] würden noch mehr Anstalten hierunter fallen. Alle
räge zu bewältigen, müßte die Hauptaufgabe aller Anstalten
chronischen Fälle genügen ganz einfache Bau- und Pflegeformen.
[illegible] kleinen Pavillons sind zu teuer und dadurch für die
schädlich.

[illegible]emberg wurden 1903 weniger als die Hälfte der Aufnahme-
h Aufnahme erledigt, die übrigen aus Platzmangel abgewiesen,
dealer Zustand.

l daher zu verlangen für Anstalten mit über 300 bis 400 bis 1000
wobei der Bestand je nach Behalten der chronischen Fälle
) bis 1000 verschieden sein kann:

achabteilungen für jede Geschlechtsseite in getrennten Pavillons,
je 50 bis 80 Plätzen.

ge Beobachtung für Melancholische, Suicidale usw.

uhige Beobachtung für akut Erregte.

erlangen reichliche Trennung und Individualisieren in mehrere
t höchstens je 10 bis 12 Betten, mehrere Bäder mit je 4 Wannen,
inzelzimmer, 8 bis 10 bis 12 Pflegepersonen, 2 bis 3 Nachtwachen
Bad.

habteilung für Halbruhige.

habteilung für Gelähmte, Hilfsbedürftige sind zweckmäßiger in
len unterzubringen. 2 bis 3 Wachsäle mit 18 bis 20 Betten,
e für nicht Bettlägerige, Bad mit 6 Badewannen, Tagessäle, 8 bis
Nachtwachen.

e der größeren Häuser: Leichtere Verlegung in den Abteilungen,
fsichtigung und Verwendung des Pflegepersonals, indem in jedem
e ältere zuverlässige Hauptpfleger und ein Oberpfleger sein

oderne Individualisierung der Häuser findet also ihre Grenze in
ligkeit der gemeinsamen Bett-, Bade- und Wachsaalbehandlung
ichen Räumen durch zuverlässiges Personal. Städtische Anstalt
chsaalstation sein, krankenhausmäßig gebaut und gelegen.

rikole und koloniale Einrichtung ist für diese Anstalten sekundär.

judicata.

Der Vortrag, welcher in den „juristisch-psychiatrischen Gr ausführlich erscheinen wird, behandelt nicht den durch die Broschür im Irrenhaus“ bekannt gewordenen Fall H. selbst, sondern nur die dung des Oberlandesgerichts, welche der ganzen Affäre den Schei Bedeutung aufgedrückt hat. Das Oberlandesgericht hatte eine beteiligten Ärzte erhobene Klage der Fr. H. wegen Freiheitsberau abgelehnt, aber „entschieden“, daß die Dame bei ihrer Einliefer Irrenanstalt gar nicht geisteskrank war, die betreffenden Ärzte so kritisch und leichtfertig gehandelt haben. Diese Entscheidung, welch einer Reihe schwerer Angriffe sowohl der betr. Dame, als auch a die Irrengesetzgebung und die Psychiater bildete, ist, wie der Vortr zwar legaliter, aber auf Grund eines sehr lückenhaften Untersuch rials und ohne Beiziehung eines Sachverständigen erfolgt, dürfte den Eingeweihten jene sachliche Bedeutung, die ihr bisher zugeschrie nicht beanspruchen können.

Diskussion. Herr Med.-Rat *Kreuser*: Für die ausführliche des Sachverhalts in diesem Falle dürfen wir dem Herrn Vortragen sehr dankbar sein. Je mehr wir zugeben müssen, daß der Natur nach irrtümliche Beurteilungen bei der Krankenaufnahme nie ga schlossen werden können, desto größer ist unser Interesse daran, zelnen Fall, in dem ein solcher Irrtum behauptet wird, nach allen hin vollkommen aufgeklärt zu sehen. Nur dann können wir den S den wir im Interesse einer angemessenen und rechtzeitigen Kranl einzunehmen haben, auch mit voller Entschiedenheit wahren, ever gegen eine richterliche Entscheidung.

Prof. Dr. *Hoche*-Freiburg: Ich möchte mich zunächst dem Herrn Vorsitzenden an den Herrn Vortragenden anschließen, da Sache überhaupt hier zur Sprache gebracht hat. Ich speziell b dazu, weil ich sowieso vorhatte, diesen Fall an der Hand des gesam materials in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Diskussion

Wir sind ja als Psychiater in solchem Falle nicht im Zweife jenigen Erwägungen, die dabei Platz greifen müssen. Daß die R sehr gründlich im Zweifel gewesen sind, das hat ja das zum Teil Urteil erwiesen.

Es ist nun, wenn man dieses Urteil im einzelnen liest, eige wohl verständlich, wie ein hochstehendes Gericht sich mit einer P Tatbestandes begnügt, die keine ganz beliebige Strafkammer als ansehen würde. Es genügt im Strafverfahren gewöhnlich, wen teidiger sagt, daß der Verdacht auf Geisteskrankheit vorliegt, um lassen, daß ein Sachverständiger mit der Prüfung und Begutac Geisteszustandes betraut wird. Ob es in diesem Falle möglich gew

das Gericht aber jedenfalls in der Lage gewesen wäre, einen un-
Sachverständigen oder auch bei der Wichtigkeit der Sache mehrere
des Aktenmaterials und eventueller weiterer Vernehmungen zu
kann billigerweise nicht bezweifelt werden.

Urteil weist eine Reihe eigentümlicher Stellen auf, auf die ich doch
möchte, weil sie sehr charakteristisch sind für die Stellung, die
legentlich Geistesstörungen gegenüber überhaupt einnehmen.
ndet sich z. B. der Passus, wie schon erwähnt, daß die Dame
egbar und leidend" gewesen sei, so daß der Eindruck dem „einer
n Störung nicht unähnlich war", und es wird dem leitenden
renanstalt zum Vorwurf gemacht, daß er als Spezialist nicht im-
, diesen ähnlichen Eindruck von einer wirklichen Geistesstörung
heiden. Soweit ist das Gericht auch gekommen, daß es zugibt,
au geisteskrank ausgesehen hat, und trotzdem übernehmen es die
f Grund ihrer eigenen Sachkunde, zu entscheiden, daß die betr.
t geisteskrank gewesen sei.

rkenswert ist dann weiter der Schluß, den das Gericht zieht, in-
gt: Daß die Frau nach der Aufnahme einen Selbstmordversuch
at, ist kein Beweis dafür, daß sie überhaupt krank gewesen ist.
at sagt: dieser Selbstmordversuch in der Anstalt gibt der Dar-
r Pflegerin bezüglich „der Lebensüberdrüssigkeit einigen Schein
würdigkeit." Da aber die Frau sich nach der Aufnahme umzu-
rsucht hat, kann man daraus nicht schließen, daß sie abnorm war,
e hat sich nur umzubringen versucht, weil sie eingesperrt war.

Urteil hat so viele anfechtbare Stellen, daß man über die Notwen-
er objektiven Prüfung der Sache selbst dabei hinwegkommt. Man
mehr nötig zu fragen: War Frau Hirschberg geisteskrank oder
will Ihnen meine persönliche Meinung über diesen Punkt nicht
n, die dahin geht, daß Frau Hirschberg zweifellos geistig abnorm
s sich bei ihr um schwere konstitutionelle Veränderungen gehandelt
die Broschüre gelesen hat, hat den Eindruck einer ganz bestimmten
ysterischer Persönlichkeit mit einer ausgezeichneten Technik, die
sich günstig darzustellen, wie sie in solchen Fällen häufig zur
ng kommt. Die Dame darf sich über diese Beurteilung nicht
nachdem sie selber an die Öffentlichkeit appelliert hat.

Bedeutung dieses Falles ist für uns natürlich nicht erschöpft mit
llung, daß ein Gericht auf Grund einer, vom psychiatrischen Stand-
s gesehen, objektiv unzulänglichen Untersuchung ein Urteil abge-
die ganze Frage hat für uns ein viel größeres Interesse, weil es
einen Fall aus der Reihe derer handelt, die immer wieder die
eit in ganz bestimmter Richtung beschäftigen und beunruhigen.
er Fall Hirschberg ist neuerdings in einer juristischen Broschüre,
nem empfehlenden Vorwort von *Eulenburg* (der meines Wissens

Digitized by Google

verwertet worden, die beweisen sollen, daß es in Deutschland ei
keit sei, geistesgesunde Leute in ein Irrenhaus einzusperren.
vor einiger Zeit in einer Besprechung der Arbeit (*Gaupps* Centrall
genommen, die Juristen zu ersuchen, daß sie erst einmal feststell
wie viele Jahre Untersuchungshaft in einem Jahre unschuldig verhä
wie viele Geisteskranke in jedem Jahre von den Gerichten verurt
und daß sie sich erst nach diesen Feststellungen die Reform der
angelegen sein lassen möchten.

Es wird Gelegenheit gegeben sein, bei Anlaß der Besprech
Falles, sich auch mit den juristischen prinzipiellen Auffassungen zu b
Und da ist charakteristisch die hohe Meinung, die die Richter z
ich spreche nur von den in diesem Falle hier an die Öffentlichkei
Richtern — von ihrem eigenen ärztlichen Wissen haben, mit welc
heit sie ihr eigenes Urteil in Dingen, zu denen nun eben einmal
gehört, in entscheidender Weise in die Wagschale werfen. Und
diesem Grunde darf dieser Fall nicht unter den Tisch fallen, so
in aller wünschenswerten Öffentlichkeit und Ausführlichkeit besproch

Herr *Kohnstamm*-Königstein i. T.: Hohe Hämoglobinz
Degenerationszeichen?

Durch ein zufälliges Zusammentreffen habe ich in der letzt
zwei in den zwanziger Jahren stehenden Psychopathen einen Befu
dem möglicherweise allgemeinere Bedeutung zukommt. —

Bei dem einen Patienten, der nosologisch schwer zu klassi
veranlaßte die tiefrote, häufig cyanotische Färbung der Lippen zu
suchung. Während der viele Monate dauernden Beobachtungsz
sich der Hämoglobingehalt stets zwischen 125 und 140 %, mit
*Gowers*schen Hämoglobinometer gemessen. Der Zirkulationsappa
takt, das Herz leistungsfähig. Körperanstrengungen hatten kei
auf die Cyanose. Die Milz war nicht vergrößert. Bei diesem Pa
trotz reichlichster Ernährung eine Zunahme des Körpergewichts
zwingen. Vielleicht entsprach dem vermehrten Hämoglobin eine
Verbrennung.

An Tagen mit stärker ausgesprochener Cyanose war die Ner
etwas gesteigert — möglicherweise ist der Kausalzusammenhang
gekehrt zu verstehen. —

Somit wies keine subjektive Beschwerde auf eine derartig
hin. Es bestand im Gegenteil fast völliges Wohlbefinden. —

Kraepelin berichtet in seinem Lehrbuch unter den vaso
Symptomen der Dementia praecox unter anderem auch von Cyan

Daß bei psychopathischen Zuständen eine auffallende Una
des Körpergewichts von der Nahrungsaufnahme vorkommen kann
mein bekannt. Nur bei den thyreogenen Erkrankungen ist di

erklärt. —

weite Patient, den ich nur relativ kurze Zeit beobachten konnte, r manisch-depressiven Psychose leichtesten Grades, (Cyklothymie, ie nach mehrwöchigem Aufenthalt in meiner Anstalt in Heilung

eiden Patienten konnten weder Abweichungen der Zahl noch des en Charakters der Blutkörperchen festgestellt werden. Doch ist der Beobachtung nicht abgeschlossen. Ebenso wird es von ander- estätigungen abhängen, ob man diese Hyperchromämie der then als Degenerationszeichen ansehen darf. —

Berliner-Gießen berichtet über einen in der dortigen Klinik beob- all von Kleinhirntumor (Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungs- ystagmus, statische Ataxie) mit psychischen Störungen, die den n epileptischer Anfälle sehr ähnelten. Außerdem traten Zwangs- gen des gesamten Muskelsystems auf, vom Charakter der will- , koordinierten Bewegungen, wie sie bisher erst einmal (von beim Tumor cerebelli beschrieben worden sind. Daß es sich ewollte Bewegungen handelte, konnte, ebenso wie bei dem Kranken , leicht nachgewiesen werden, da das Sensorium meist frei war. diese Bewegungen als Folge einer Reizung der gesamten Klein- uf. Der Fall wird ausführlich zur Publikation kommen.

Vorsitzende, Herr Medizinalrat *Kreuser* schließt, nachdem das Pro- digt ist, um 12½ Uhr die Sitzung.

elberg und Straßburg i. E., November 1905,

Merzbacher. *Pfersdorff.*

ntliche Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 11. November 1905 in Bonn.

send sind die Mitglieder: *Aschaffenburg*, *Behrend*, *Braun*, *Deiters*, call, *Erlenmeyer*, *Fabricius*, *Flügge*, *Foerster*, *Fuchs*, *Gerhartz*, elm, *Herting*, *Herzfeld*, *Höstermann*, *Hoffmann*-Düsseldorf, *Huth*, *Kölpin*, *Kurella*, *Landerer*, *Lenneper*, *Lückerath*, *Müller*, *Oebeke*, lman, *Peretti*, *Pfahl*, *Plempel*, *Rumpf*, *Rusak*, *Schmidt*, *Schmitz*, Schütte, *Staehly*, *Stallmann*, *Steiner*, *Thomsen*, *Thywissen*, *Umpfen- chulte*, *Wagner*, *Wahn*, *Westphal*, *Wex*, *Witte*.

Gäste sind anwesend: *Friedel*-Koblenz, *E. Kirch*-Krefeld, *Kruse*- gen-Andernach, *Mosebach*-Galkhausen, *Schirbach*-Bonn.

der letzten Tagung erfolgten Tod von *Heinrich Laehr*, an dessen
Vorstand des Vereins einen Kranz niederlegen ließ. — Die Lese
holungsgesellschaft in Bonn hat versprochen, dem Psychiatrischen V
weiterhin ihre Räume zu seinen Sitzungen kostenlos zur Verfügung
und der Vorsitzende wird beauftragt, dem Vorstand der Gesellschaft
des Vereins dafür auszusprechen. Bei der statutenmäßig alle
stattfindenden Neuwahl des Vorstandes wird auf Antrag von *Stein*
herige Vorstand (*Pelman*, *Oebeke*, *Umpfenbach*) durch Akklamati
gewählt.

Durch Akklamation werden ferner in den Verein aufgenomm
Medizinalrat und Gerichtsarzt Dr. *Braun*-Elberfeld, Dr. *K*
weiler, Dr. *Müller*-Bonn, Stabsarzt der Marine Dr. *Schmidt*-Köln, Dr
Neuß, Dr. *Solbach*-Siegburg, Stabsarzt Dr. *Wagner*, Dr. *Witte*-Gra

Der Verein zählt jetzt 146 Mitglieder.

Es folgen die Vorträge:

a) *Aug. Hoffmann*-Düsseldorf: Progressive Muskelatrop
Trauma.

Die Unfallversicherung bringt es mit sich, daß chronisch Krank
auch wenn sie an einem progressiven Leiden erkrankt sind, die Ur
selben gern in einer früher erlittenen Verletzung suchen. Es ist
anderes, als was ja auch sonst häufig vorkommt, wenn Krank
scheinend ohne Ursache entstehen. Die Patienten suchen dann i
hergegangenen Zeit nach Schädlichkeiten, die sie als Ursache der
betrachten möchten. Die Unfallversicherung hat aber darin entschiede
gewirkt, daß insbesondere Fälle von progressiver Muskelatrophie ein
zur Last gelegt werden. Von einer größeren Zahl derartiger Fäll
Vortragende vier Fälle besonders hervor:

1. M. K., 44 Jahre alt, aus gesunder Familie, 1882 wegen Sc
lähmung vom Militär befreit, hat bis 1901 als Fabrikarbeiter arbeit
Damals Verbrennung der Arme und des Rückens durch ausströmen
heftige Gemütserschütterung, Verbrennung 1. bis 2. Grades.
nehmende Schwäche der Arme, besonders in den Schultern. A
wurde Dystrophia muscularis chronica diagnostiziert, seit der Zeit
aber stetiges Fortschreiten des Leidens. Zurzeit besteht stark
der Rückenmuskeln, Brustmuskeln und Schultermuskeln mit Aus
Deltamuskels. Die Oberarmmuskeln sind fast gänzlich atrophisch.
arm- und Handmuskeln normal entwickelt; Nates und O
ebenfalls abgemagert; Wadenmuskulatur intakt; Gesichtsmuskulatu
unverändert. Von Wichtigkeit war die Deutung der Schulterbl
vor 22 Jahren. Da Patient trotzdem bis zu seinem Unfall sch
getan hatte, unmittelbar nach dem Unfalle aber die Krankheit ei
inzwischen doch recht weit vorgeschritten ist, so ist nicht anzun

borenen Defekt der Serrati, von denen auch jetzt keine Spur zu
st. Da das Trauma einen in seinem Muskelsystem schwach ver-
enschen traf und unmittelbar nach dem Unfall der Ausbruch der
stattfand, so wurde die Möglichkeit eines Zusammenhanges der
enden schweren Krankheit mit dem Unfalle nicht in Abrede gestellt.
versicherungsamt entschied für den Schwächeren und billigte dem
ente zu.

Kranke wird vorgestellt.)

St., 57 Jahre alt, Schweißer, zeigte im Jahre 1898 an der rechten
nende Atrophie des Daumenballens und der Interossei; langsamer
der 1902 auch die linke Seite befiel. Bis jetzt ist das Leiden so
eschritten, daß nur die feinen Handmuskeln und das untere Drittel
rme abgemagert ist, trotz 7jährigen Bestehens des Leidens.
iel er mit der Schulter auf einen Eisenblock, es entstand ein Erguß
ltergelenk mit nachfolgender Steifigkeit desselben. Gefühls- und
gen sind bei dem Kranken nicht zu finden. In den gelähmten
nd fibrilläre Zuckungen sichtbar, auch gelingt es in einigen
eln Entartungsreaktion nachzuweisen.
ranke zeigt die sehr seltene Form der spinalen Muskelatrophie
enne-Aran). Der Unfall hatte keinerlei Einfluß auf das Leiden.
mußte der Muskelatrophie wegen invalidisiert werden. Die
er Schulter, die mit dem Leiden nicht zusammenhängt, wurde als
anerkannt und als solche mit 60% Erwerbsbeschränkung bewertet.
bekommt wegen der Steifigkeit der Schulter Unfallrente, die
r Handmuskulatur würde nur Invalidenrente bedingen.
nt wird vorgestellt.)

R., 47 Jahre alt, seiner Angabe nach aus gesunder Familie
doch hat Vortragender zufällig feststellen können, daß ein Bruder
nkheit hat. November 1899 Quetschung beider Daumen, Mai 1900
des linken Fußes, arbeitete bis November 1900. Damals trat
er Unterschenkel ein, so daß ihm der Gang beschwerlich wurde,
che der Vorderarme und der Hände, langsames Fortschreiten der
nit Atrophie der kleinen Hand- und Fußmuskeln, sowie der Vorder-
nterschenkelmuskeln. Gefühlsstörungen fehlen, Reflexe ebenfalls.
sich um einen typischen Fall von neuraler Muskelatrophie, eine
die meist familiär auftritt und bei einem Bruder im gleichen
aufgetreten ist. Die Verletzung erwies sich als so geringfügig,
fig vorkommt, ohne schwere Veränderungen zu hinterlassen; auch
Krankheit nicht an der der ersten Verletzung zunächst gelegenen
ern in beiden Füßen, erst später kamen die Hände daran. Der
de mit seinem Rentenanspruch abgewiesen.

F., 40 Jahre alt. Februar 1903 großer Schrecken infolge Bruch
ngrades, welchem er zusah, ohne verletzt zu werden. September

Vorderarme; kleine Hautwunde am linken Knie, einige Wochen
letzten Unfalle Schwäche im rechten Arm, die vom behandelnde
Arbeitsparese angesehen wurde. Bald trat auch Schwäche im
auf, es zeigten sich fibrilläre Zuckungen und Atrophie der Ha
Steigerung der Sehnenreflexe an Armen und besonders an d
spastische Erscheinungen an letzteren und bald auch Bulbärsym
rasch fortschreitend innerhalb 3/4 Jahr den Exitus herbeiführten.

Es erhebt sich die Frage, ob das Leiden auf die Unfälle zurü
sei? Der letzte Unfall war so unbedeutend, daß er wohl nicht in
stellt werden konnte, dagegen der große Schrecken, den der Man
vor seiner Erkrankung erlitten hat, muß event. in Betracht komm
immerhin eine schwierige Frage, ob ein bloßer Schrecken, der
Ansehen eines Unfalles entsteht, als Unfall gedeutet werden darf.
abgesehen davon, ergab die genaue Feststellung bezüglich des K
dem 3. Januar 1904 und des zuerst dem Arzte geklagten Schwäch
im rechten Arm, daß derselbe in einer ganz unglaublichen Wei
strengt war, 36 stündige Schichten folgten mit wenigen Stun
brechung aufeinander, und ein Fall schwerster Überarbeitung lag
vor dem Ausbruch der Erkrankung vor. Wenn ein Mann ein volle
nach dem Unfalle die schwerste Arbeit mit Überschichten und
leisten kann, dann ihn ein Leiden befällt, welches in kürzester
äußersten Höhepunkt fortschreitet, so ist wohl nicht anzunehmen
Leiden schon das ganze Jahr hindurch latent bestanden hat. E
schwer verständlich, warum ein Schrecken gerade ganz bestimmte
bahnen des Rückenmarks schädigen soll und ganz bestimmte N
im Gehirn?? Da wir von der Ursache dieser Krankheit bisher nic
wohl aber Kummer, Sorge und Überanstrengung in der Ätiologie e
Rolle zu spielen scheinen, Verletzungen dagegen so gut wie kein
der Zusammenhang des Leidens mit dem Unfalle fraglich ersche
Reichsversicherungsamt entschied gegen den Kranken.

Die in ihrer Art lose zusammenhängenden Fälle, deren ge
liches Symptom eine Muskelatrophie progressiver Natur ist, sind
ihrer Beurteilung außerordentlich verschieden zu deuten. Jedenfall
es sich, in allen solchen Fällen genaue anamnestische Erhebungen
lassen. In der Tat wissen wir ja über den Zusammenhang mit U
derartigen Erkrankungen außerordentlich wenig, theoretisch könn
kein Bild von dem Zustandekommen einer solchen Systemerkrank
einen Unfall machen, trotzdem steht praktisch für den Kranken a
lich viel auf dem Spiele. Es muß in jedem einzelnen Falle gepri
ob irgend ein möglicher Zusammenhang existiert, und rein theor
wägungen dürfen dabei nicht maßgebend sein. Für die Syringo
fünfte Abart der progressiven Muskelatrophie, ist es ja besonders
Arbeiten von *A. Westphal* jetzt entschieden, daß dieselbe häufig mi

bracht werden kann. Bei den übrigen Muskelatrophien ist die
dem einzelnen Falle besonders zu prüfen, und es ist zu wünschen,
einschlägiges Material sich ansammelt und veröffentlicht wird,
der Zeit diese Verhältnisse, welche theoretisch und anatomisch
ıstellen sind, eventuell statistische Lösung finden; dabei muß
icht walten, daß man nicht ein schon bestehendes progressives
zufällig vorgekommenen leichten Verletzung in die Schuhe schiebt.

Eigenbericht.

ıssion: *Steiner* hält ein großes Mißtrauen überall da für recht,
einen Unfall eine Erkrankung des Zentralnervensystems anschließt.
es anders. Kann ein vorher völlig gesunder Mensch durch Stoß oder
ystematische Erkrankung des Zentralnervensystems kriegen? Eine
ng kann eine Blutung im Rückenmark verursachen. In praxi
s immer mit Menschen zu tun, von denen wir nicht wissen, ob
ı Unfall völlig gesund waren. War der Betreffende schon vor
nicht ganz gesund, so muß man Bedenken tragen, Unfall und Er-
ursächlichen Zusammenhang zu setzen.

hal weist auf die Wichtigkeit der Ausführungen von *Hoffmann* hin.
at seine Eigentümlichkeit, unterscheidet sich von jedem anderen.
ung der Paralyse nach Trauma kann man nicht vorsichtig genug
wird sich dann wahrscheinlich immer um andere Verhältnisse
e wirkliche Paralyse hat wohl immer noch andere Ursachen. wenn
inische Bild dasselbe ist.

f rät, jeden Fall auf das sorgfältigste zu untersuchen. Die be-
Kranken wissen oft selbst nicht, daß sie vor dem Unfall bereits
in Ordnung waren. Er erwähnt z. B. einen Fall von Syringomyelie,
ppelseitige Serratuslähmung bestand, ohne daß der betreffende
on wußte.

chaffenburg-Köln: Bericht der in der letzten Sitzung gewähl-
ission.

rauche Ihre Geduld nicht lange in Anspruch zu nehmen, um über
t der Kommission zu berichten. Es handelt sich um zwei Fragen:
gung der Geisteskranken oder geisteskrank Gewesenen. Die
hat den von mir vorgeschlagenen Wortlaut angenommen: „Un-
d zu vernehmen Personen, deren Aussagen oder Wahrnehmungen
eskrankheit oder Geistesschwäche beeinflußt sind."

uch hier schon gemachte Einwand, daß die Ausdrücke Geistes-
nd Geistesschwäche vieldeutig seien, wurde in der Medizinal-
rsammlung in Heidelberg von *Weber*-Göttingen auch erhoben.
er selbst nichts Besseres vorzuschlagen. Auch der Versammlung
Wortlaut offenbar zweckmäßig, nachdem ich darauf hingewiesen
diese Ausdrücke ja nur im Zusammenhange mit der Beeinflussung

Antrag einstimmige Annahme.

Die Anregung des Herrn Kollegen *Ungar*, einen Antrag zu stel den der Unfug anscheinend wörtlicher Protokolle von Aussagen werden könnte, führte in der Kommission zu folgendem Antrage Protokoll dürfen als Aussagen in direkter Rede nur solche auf werden, die tatsächlich wörtlich niedergeschrieben sind. Dieselben Anführungszeichen als wörtlich aufgenommene Aussagen zu ken Handelt es sich hierbei um Antworten auf Fragen, so ist auch de der Frage wörtlich aufzunehmen und dies ebenfalls durch Anführu kenntlich zu machen." Dieser Vorschlag fand ebenfalls einstimmige nachdem auf Wunsch von *Ungar* zu dem Worte „Antworten" n gefügt worden war „Wichtige Antworten."

Die Unterstützung, die wir durch die Medizinalbeamten-Ve gefunden haben, erstreckt sich nicht nur auf diese beiden Wünsc im Auftrage der Kommission und Ihrer Versammlung zu vertreten sind vielmehr eine Fülle der wichtigsten Fragen, die sich auf das Geisteskranker zur St.P.O. beziehen, erörtert worden. Es wär wünschen, daß die Anträge, die als das Ergebnis der Diskussion wurden, und die sich im wesentlichen mit den Vorschlägen der decken, von unserem Reichstage angenommen würden. Unsere könnten dem Verein der Medizinalbeamten dafür nur dankbar sei

c) *Kurella*-Ahrweiler. Über nervöse und psychische S durch elektrische Einwirkungen am Telephon.

Der Vortragende zitiert 7 Fälle eigener Beobachtung aus 1900—1904, bei denen unter dem Einfluße berufsmäßigen Tele psychische oder nervöse Störungen auftraten. Fünf dieser Fälle w gespannten Entladungen ins Telephon ausgesetzt gewesen; davon Fälle durch atmosphärische, die anderen durch Starkstromentla troffen worden. Keiner der Fälle verlief tödlich; drei davon hatt nungen, die an *M. Basedow* erinnerten, jedoch bestand in einem auch Atrophie im Bereich der durch die Entladung affizierten der linken oberen Extremität. Vortragender zitiert andere Beob die zeigen, daß multiple Sklerose, ein der Dementia paralytica Krankheitsbild sowie sofortiger Tod durch Hochspannungsentl Telephon hervorgerufen werden können; im Anschluß an die v vor zwei Jahren in seiner Elektropathologie dargestellten Unte wendet *K.* sich gegen die herrschende Tendenz, nervöse und Störungen, die durch Unfälle am Telephon entstanden sind, stets als t Neurosen aufzufassen, ihre Symptome immer als psychogen zu betont, daß die Starkstromexperimente dafür sprechen, daß auch be unfällen sehr wohl direkt physikalisch bedingte Läsionen des H des Nervengewebes, besonders Blutungen und Fissuren, auftret

hogenen Störung an die Behandlung und Begutachtung solcher
e.

Vortragende hat inzwischen seine Fälle in Heft 5 der von ihm
benen „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der Elektro-
d Radiologie". Leipzig, bei *A. Barth*, ausführlich publiziert).

Eigenbericht.

ussion: *A. Hoffmann*-Düsseldorf hat bisher bei vielfachen Stark-
zungen nur psychogene Störungen konstatieren können. Die
der Herztätigkeit möge man nicht als für eine organische Läsion
ansehen, da Störungen der Herztätigkeit jeglicher Art psychogen
können. Auch dürfte eine einfache Übertragung der Resultate
suche auf den Menschen nicht statthaft sein, da einerseits wohl
Vorbedingungen im Unglücksfall beim Menschen genau liegen wie
rsuch und andererseits die Reaktionsfähigkeit der einzelnen Organe,
nders des Herzens, auf einen elektrischen Strom beim Tier und
doch eine sehr verschiedene sein kann. Man kann bei freiliegen-
hlichen Herzen durch starke elektrische Schläge Bewegungsver-
hervorrufen, die keinerlei Nachteile für den Betreffenden haben,
gender noch kürzlich gezeigt hat. Die Unterschiede der Toleranz
chen- und Hundeherzens gegenüber elektrischen Schlägen sind
roß, daß man auch annehmen muß, daß zwischen einem Hunde-
einem Menschenherzen große Unterschiede bestehen. Die Ursache
nd Sorge" bei der amyotrophischen Lateralsklerose ist immerhin
enheitsannahme, Tatsachen dafür, auf welchem Wege diese Momente
ch der Krankheit hervorrufen, sind nicht beizubringen, doch be-
in dem chronischen Einfluß dieser Schädlichkeiten ein gewisser
gegenüber plötzlichem Schrecken, dessen Wirkungen doch meist
bergehend sind, Kummer und Sorge sind, nebenbei bemerkt, doch
Ursache sonstiger Gehirn- und Geisteskrankheiten anzusprechen.
r erklärt die von *Kurella* angeschnittene Frage für höchst aktuell.
Spannungen können schwere Verletzungen auftreten, organische
nelle. Tod durch Blitzschlag ist Folge von Lähmung des Zentral-
ms. Beim Telephon handelt es sich nur um sehr schwache Ströme.
at eine Starksicherung eingeführt und eine Feinsicherung; letztere
schon bei 0,2 Volt. *Steiner* hält es daher für ausgeschlossen,
Telephon der Blitz in den Menschen einschlagen kann. Er erwähnt
Epidemie in Köln, mehrere Telephonistinnen erkrankten, obgleich
Gewitter weit entfernt war. Die Krankheitsursache dabei ist der
der psychogen wirkt. Herzflimmern hält *St.* beim Menschen für
s ist jedenfalls ein gefährlicher Zustand.
of hält es für nötig, den Topf der sog. traumatischen Neurosen
n. Die Tachykardie nach Unfall ist nicht ohne weiteres nur rein

ständen auch organisch.

Peretti regt an, die Frage des Zusammenhangs von Trauma un auf eine der nächsten Tagesordnungen zu setzen und ev. Refe bestimmen.

Kurella glaubt nicht an den Nutzen der Sicherungen, die ra schmelzen; ein kurzer elektrischer Schlag genügt schon, wenn er genug ist.

d) *Witte*-Grafenberg: Über das Quinquaudsche Phänom

Witte berichtet nach einem kurzen Überblick über die bisher er Arbeiten, welche das Quinquaudsche Phänomen behandeln (*H Hoffmann* und *Marx*, *Levicnik*, *Herz* u. a.), über die Untersuchu Zeichens, welche er an 163 männlichen Kranken der Anstalt Grafe genommen hat. Er fand bei 102 Trinkern dasselbe 39 mal (= Fälle); von diesen waren 24 Potatores strenui mit 13 (= 54.2% mittelstarke Trinker mit 26 (= 33,3%) Fällen von „Quinquaud" und zwar mit 8 (= 33,3%), bez. 11 (= 14,1) Fällen von starker A des Zeichens. Tremor manuum hatten von diesen 102 Kranken 85, starken Tremor 15 und mittelstarken 70; unter ihnen war das Phäno nachweisbar, während von 17 Kranken, welche frei von Tremor wa selbe darboten. Die 61 Nichttrinker, welche sich aus 25 Paralytike leptikern und 32 Kranken mit Dementia senilis, manisch-depressive Dementia praecox und Paranoia zusammensetzten, wiesen das 6 Fällen (= 9,8%) in mittlerer Stärke auf.

Vortragender kommt danach, im wesentlichen in Übereinstin den Resultaten von *Fürbringer*, *Hoffmann* und *Marx*, zu dem Erg dem Quinquaudschen Phänomen eine nicht unwichtige symp Bedeutung für den Alkoholismus gebührt, wenn es auch nicht, wie *Au* ein spezielles Zeichen des Alkoholismus ist, ferner, daß entspre Meinung *Fürbringers*, der Tremor der Hände bei Potatoren an diag Wert demselben überlegen ist, daß ein innerer Zusammenhang Tremor und „Quinquaud" nicht besteht, weiterhin, daß, bei ein des Zeichens nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit Abstinenz o keit im Alkoholgenuß anzunehmen ist, während eine starke Auspri selben mit einer großen Wahrscheinlichkeit auf Alkoholismus hinw

e) *Landerer*-Andernach berichtet über verschiedene kleine demien und einzelne Typhuserkrankungen in den verflossenen Jah Provinzialheil- und Pflegeanstalt in Andernach, bei welchen Hausi — wahrscheinlich auf dem Wege durch die Anstaltsküche — an werden mußten, ohne daß es aber bisher gelang, der Infektionsqu auf den Grund zu kommen.

ch einer groberen Epidemie in diesem Sommer und Herbst, bei
Personen — Pfleglinge, Pflege- und Dienstpersonal — in verschie-
ltsgebäuden erkrankt waren, wurden auf Antrag des Bakteriologen
-Koblenz Urin und Stühle des gesamten mit der Beköstigung
n Personals untersucht, wobei sich eine seit 7 Jahren in der Spül-
Kochküche als Hilfskraft verwandte Geisteskranke als „Typhus-
tpuppte. Auf Grund dieses Befundes ist es nicht unwahrschein-
e Typhuserkrankungen auf die genannte Geisteskranke zurückzu-

ıssion: *Friedel*-Koblenz, der die Untersuchungen in Andernach
erwähnt, daß man seit etwa 2½ Jahren solche „Typhusträger"
ind Leute, die den Typhus überstanden haben. aber noch Jahre
s zu 40 Jahren, Bazillen ausscheiden. Er selbst hat 15 solcher
Regierungsbezirk Koblenz in Beobachtung. Die Bazillen. die sie
sind identisch mit den anderen Typhusbazillen und ebenso viru-
tens für Tiere. Im einzelnen Fall ist es schwer nachzuweisen,
n Typhusfall in ihrer Umgebung verursacht haben. Die Gefahr
e ist verschieden groß, richtet sich auch nach ihrer Umgebung.
genannten Trägern waren 8 ungefährlich, da ihre Umgebung
hseucht war. In einem Fall waren im Laufe der Jahre 4 Typhus-
htet worden. Am gefährlichsten ist, wenn ein solcher Bazillen-
in Andernach, imbezill ist und in einem großen Betrieb tätig ist.
die Person in Andernach schon lange Typhusträger ist. spricht
der *Vidal*schen Reaktion; sie ist immer vorhanden. d. h. etwas
muß im Blut sein. Alles spricht in Andernach dafür. daß von
gewisse Lebensmittel aus der Küche infektiös auf die Abteilung

glaubt auch, daß in Andernach zum mindesten die Wahrschein-
iegt, daß die betr. Person die letzte Epidemie. wo Typhusfälle
teilungen der Anstalt vorkamen, verursacht hat. Er hält es nicht
daß sie auch die früheren Epidemien herbeiführte. z. B. die im
o nur in einer Abteilung der Männerabteilung 8 Leute erkrankten.
anke hatte mit dieser Abteilung nichts zu tun. Er macht darauf
daß seines Wissens bisher noch nicht beobachtet wurde. daß
ie von einem Typhusträger ausging.
erkundigt sich. ob es in Andernach ausgeschlossen ist. daß die
a Salat oder dergl. gegessen haben. der mit menschlichen Fäka-
war.
er erklärt dies für ausgeschlossen.
bestätigt dasselbe. Er erinnert daran. daß durch Kartoffelsalat
yphusepidemien entstanden.
l erwähnt. daß er auch in Andernach Kartoffelsalat verantwort-
möchte. der einige Tage vor Auftreten des ersten Typhusfalles

Digitized by Google

ganzen Kolonien aus.

Landerer hält dies nicht für möglich, da noch vier Wochen betr. Kartoffelsalat neue Erkrankungen vorkamen.

Oebeke macht darauf aufmerksam, daß auch schon vor 1897, die betr. Kranke in die Anstalt kam, kleinere Typhusepidemien in in Andernach beobachtet wurden.

f) *Herting*-Galkhausen, Über Ansatzstücke für Darmeingi

Herting macht darauf aufmerksam, daß noch kürzlich in ein nischen Wochenschrift den praktischen Ärzten die Verwendung Klystieransätze empfohlen worden sei, während an anderer chirurgischer Seite über die Häufigkeit von Mastdarmverletzungen werde, die lediglich auf Klystiere zurückzuführen seien. Er teilt m im Handel 1 cm dicke, weitgebohrte Mastdarmrohre gibt, welche, au Gummi gefertigt, stabil genug sind, um auch bei widerstrebendste den Sphinkterverschluß mühelos zu überwinden, und so weich, oder Mastdarmverletzungen selbst bei ungeschicktester Handhab ausgeschlossen sind; die Verwendung von hellgrauem Gummi und V seitlicher Öffnungen ermöglicht tadellose Sauberhaltung.

Zum Schluß erklärt sich die Versammlung auf Antrag des Ve einverstanden mit dem Vorschlag von *Peretti*, die Frage des Zusam zwischen Paralyse und Trauma in Form eines Referates auf die Tag einer der nächsten Sitzungen des Psychiatrischen Vereins zu se beauftragt den Vorstand, einen oder mehrere Referenten dafür zu

Um

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Arzt als Zeuge oder Sachverständiger vor Gericht. — des Oberlandesgerichts Breslau (Str.-S.) vom 7. Oktober 1905: Die ung der Frage, ob der Beschwerdeführer für die Wahrnehmung des am 13. Juli Anspruch auf Entschädigung als Sachverständiger oder euge habe, hängt nicht davon ab, ob er als Sachverständiger oder geladen oder beeidigt worden ist, sondern hängt lediglich davon ein sachverständiges Gutachten abgegeben hat oder nicht. ß bejaht werden, denn der Beschwerdeführer hat in dem Termine gestellten Fragen beantwortet, ob der Angeklagte krank gewesen er gelitten habe, und ob er imstande gewesen sei. trotz seiner eine gewisse Wegestrecke zurückzulegen, und die Beantwortung ren Frage erforderte eine sachverständige Schlußfolgerung von dem Beschwerdeführer wahrgenommenen Tatsachen. d. h. ein ständiges Gutachten. (Ztsch. f. Med.-Beamte 1905, Nr. 24.)

mündigung wegen Geisteskrankheit. Begriff der Unt der Besorgung aller Angelegenheiten. Urteil des Reichs- IV. Z.-S.) vom 23. Jan. 1905.

riell rügt die Revision Verletzung des § 6 Nr. 1 B.G.B. Derselbe Unfähigkeit zur Besorgung aller Angelegenheiten voraus. Geistige , welche den davon getroffenen nur verhindern, einzelne seiner heiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten zu besorgen, war die Einleitung einer Pflegschaft, niemals die Entmündigung en. Hiermit setze sich das Berufungsurteil in Widerspruch. Es e eine rechtlich neue Entmündigungsmöglichkeit, indem es zwischen n Menschen, der alle seine Angelegenheiten, und demjenigen. der bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten nicht zu besorgen ver- h eine dritte Gruppe einschiebe: nämlich diejenigen Menschen, die estimmte Kreise ihrer Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen.

Digitized by Google

selbe seine Angelegenheiten in ihrer Gesamtheit, nicht bloß ei
ihnen, zu besorgen außerstande ist. Dies verkennt aber das Berufs
keineswegs. Indem dasselbe annimmt, daß der Kl. unfähig ist, s
mögens- und Familienangelegenheiten vorzustehen, daß er nich
sei, seiner Stellung im sozialen und öffentlichen Leben gerecht
will es hierunter nicht bloß einzelne Kreise der Angelegenheite
begreifen. Es hält vielmehr nach seinen Feststellungen für dar
die Unfähigkeit des Kl.s, in diesen Angelegenheiten tätig zu sein
individuellen Lebensstellung des Kl.s die Unfähigkeit desselben zur
seiner Angelegenheiten in ihrer Totalität enthalte. Darauf allein
es begriffsmäßig ankommen, und es ist bedeutungslos, ob der Kl.
in einer oder mehreren vereinzelten Richtungen verfügungsfähig ge
(Ztschr. f. Med.-Beamte 1905, Nr. 19.)

Bei den Untersuchungen über die Soldatenmißha
im Heere hat sich herausgestellt, daß ein erheblicher Teil der mi
Soldaten schwachsinnig oder geistig minderwertig war. Geistig
gehören aber nicht ins Heer, und die Heeresverwaltung wird gew
sein, wenn man ihr eine Handhabe bietet, wie die Einstellung geis
wertiger Mannschaft vermieden werden kann. Das wird am zwec
dadurch durchgeführt werden können, daß Schul- und Militärbehö
in Hand arbeiten. In den meisten deutschen Städten werden s
Zeit schwachsinnige, schwachbefähigte Kinder in besonderen „H
unterrichtet. Ein Lehrer an einer solchen Schule wandte sich
„Hamb. Nachr." Ende vorigen Jahres in einer längeren Einga
Generalkommando des 9. Armeekorps in Altona, um die Befreiung
„Hilfsschüler" vom Militärdienst aus den eingangs angeführten
Anregung zu bringen. Kurz darauf erhielt er vom Generalkom
Nachricht, daß die in Anregung gebrachte Maßregel den Gegensta
Erwägung bilden werde. Das Generalkommando setzte sich dara
hamburgischen Oberschulbehörde in Verbindung und erreichte, da
jetzt ab alljährlich Abschriften der Abgangszeugnisse und der G
bogen der Hilfsschulen überwiesen werden, damit diese seinerze
Ersatzkommissionen verwendet werden können. Da in neuerer
Schulen in allen größeren und mittleren Städten bestehen, so is
lichkeit gegeben, diese Maßnahme auch im übrigen Deutschlan
führen, wodurch das Kapitel der „Soldatenmißhandlungen" jede
wesentliche Einschränkung erfahren würde. Im Interesse des Hee
wie in dem der Rekruten wäre es zu wünschen, wenn der erfreulich
der Hamburger Oberschulbehörde möglichst weit verbreitet und
Nachahmung finden würde. (Tgl. Rundschau).

Google

ann Lundborg, Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie an
rsität zu Upsala.

rend der letzten Jahre bin ich mit der Erforschung einer seltenen
ümlichen Familienkrankheit (progressiver Myoklonus-Epilepsie), die
verbreiteten Bauerngeschlecht im südlichen Schweden recht häufig
eifrig beschäftigt.

e Untersuchungen habe ich allerdings zu einem gewissen Abschluß[2])
indes merkte ich bei meinen Forschungen auf dem Lande bald.
chtigere Fragen zu lösen gab. Das ganze Geschlecht war nämlich
Grade degeneriert. Auf einem verhältnismäßig begrenzten Gebiet
also Gelegenheit, eine große Menge degenerativer Zustände zu

Glanzperiode des Geschlechts fiel in die letzte Hälfte des 18. Jahr-
Damals stand es weit über anderen Geschlechtern der Umgegend.
lieder erhielten den Zunamen: die Großen. Mehrere von ihnen
Reichstagsabgeordneten gewählt, einer von ihnen spielte sogar
er Freiheitszeit eine sehr bedeutende Rolle im Bauernstande. Indes
Geschlecht im Anfang des 19. Jahrhunderts in der Zeit des Haus-
nnens schwerem Alkoholmißbrauch anheim. Es begannen sich Dege-
nänomene zu zeigen, welche in beunruhigendem Grade zunahmen
ßerordentlich zahlreicher Verwandtschaftsehen. Jetzt, 100 Jahre
indet sich das Geschlecht im großen und ganzen in so traurigem
daß es an gewissen Orten wirkliche Auflösungstendenzen zeigt.
us und Konsanguinität florieren noch. Noch heute herrscht große
m Geschlecht. Es ist nämlich keine Seltenheit, acht bis zehn
den Familien zu finden. Väter und Mütter sind indes nicht froh
ondern haben sich stets eine weniger zahlreiche Nachkommenschaft
Neuere präventive Mittel verwenden sie nicht, sondern sie haben
g ergriffen, daß die Mütter das Stillen soweit als möglich, im all-
bis zu zwei Jahren ausgedehnt haben, in dem Glauben, daß eine
ängnis dann nicht stattfinden könne. Die Erfahrung zeigt indes,
lches langes Stillen auf die Dauer eine neue Konzeption nicht ver-
Verschiedene von diesen Frauen müssen daher nicht nur ihr mehr
iges Kind, sondern auch eine neue Leibesfrucht ernähren. Wenn
für eine und dieselbe Frau Perioden dieser Art acht bis zehnmal
n, so können wir uns leicht denken, in welchem elenden Zustande
finden muß, ehe sie noch das vierzigste Lebensjahr erreicht hat.
auen greifen gern zu stimulierenden Mitteln: Alkohol, vor allem
e in großen Mengen, häufig stark mit Zichorien versetzt. Also

s einem Vortrag, gehalten im Upsalaer Ärzteverein.
Lundborg, Die progressive Myoklonus-Epilepsie. Upsala 1903.
Almquist und Wiksell. — Vgl. auch diese Ztschr., Bd. 60, Lit.-Ber. S. 109.

Google

vjele Genuß von Zichorienkaffee unter den Frauen, welche in ho
zur Degeneration des Geschlechtes beigetragen haben. Jedoch ist
daß ein Teil der Mütter zufolge Degeneration die Fähigkeit zu
loren hat, was auch wieder von großer Bedeutung ist.

Endlich will ich auch erwähnen, daß, wie ich glaube, die Au
nach Amerika und Australien während der letzten Jahrzehnte,
diesem Teile unseres Landes sehr lebhaft gewesen ist, ebenfalls
schlechterung des Geschlechtes bewirkt hat. Im allgemeinen dür
die relativ gesündesten Individuen sein, welche ausgewandert
zurückgebliebenen, schlechter ausgerüsteten Individuen haben sic
Ausdehnung mit anderen minderwertigen Individuen desselben
verheiratet. Und das Resultat davon kann man sich leicht denke

Außerdem erfolgen natürlich auch noch verschiedene Über
in andere Kirchspiele. Es ist möglich, daß diejenigen, welche
zeitig dem Auflösungsprozeß entzogen haben, im Geschlechte neue G
begründen können, die, wenn sie in günstigere Verhältnisse kom
neriert werden. Ich selbst habe zwar die Verzweigungen des Ges
anderen Gegenden nicht verfolgt, doch bin ich überzeugt, daß sell
degenerierten Geschlechtern sich Möglichkeiten zur Regeneration
Ein und dasselbe Geschlecht kann also Gelegenheit zum Studium
neration wie Regeneration geben.

Anderseits gibt es natürlich ganze Geschlechter, welche im
begriffen sind. Ein genaueres Studium von solchen kann eber
vielleicht noch größeres Interesse bieten als die Erforschung
Geschlechter.

Ferner möchte ich einige Worte über die Bedeutung der
erforschung vom rein medizinischen Standpunkt sagen. Diese ka
Aufschlüsse für die Krankheitslehre geben. Der Apfel fällt nich
Stamm, heißt es in einem alten Sprichwort, welches auch in
Krankheiten Anwendung finden kann. In einem und demselben G
kreise kommen oft gleichartige Anlagen vor. Wenn diese degen
sind, so entsteht bei dem einen eine ausgesprochene Nerven- od
krankheit, bei dem anderen dagegen, das unter günstigeren V
gelebt hat, nur Andeutungen von einer solchen Krankheit oder
heit, welche bei flüchtiger Betrachtung dem ersten Leiden sehr u
scheinen kann. So z. B. kann man in derselben Familie finden
der Kinder an Epilepsie, ein anderes an Dipsomanie und ein
Migräne leidet, eine Tatsache, die nicht so ungewöhnlich ist. Da
wie mir scheint, völlig berechtigt, die Frage aufzustellen: Sind d
heiten miteinander verwandt? Durch mühevolle klinische Forschu
wirklich dahin gekommen, diese drei Krankheiten trotz ihrer a
schiedenheit für verwandt zu halten. Ich glaube, daß man we
dieser Einsicht gekommen wäre, wenn die Bedeutung der Geschlech

ste Verwandtschaft der Kranken gerichtet hätten. Als weiteres angeführt, daß eine typische periodische Psychose, manisch-rresein in *Kraepelins* Sinne, und juvenile Demenz (Dementia allgemeinen nicht in derselben Familie vorzukommen pflegen.

ar, daß man diese Methode mit Vorsicht anwenden muß, so daß che und unwesentliche Zustände voneinander scheidet. Man hat n Recht, z. B. eine Fieberkrankheit, welche zufällig ein Glied nilie von gleichartiger Beschaffenheit befallen hat, mit einer Geisteskrankheit verwandt zu halten, mit welcher einige andere Familie belastet sind.

nt die allerwichtigste Bedeutung der Geschlechterforschung liegt daß sie der einzige sichere Weg ist, eine wirkliche Kenntnis von eit zu erhalten. Daß die Erblichkeit von durchgreifender Bedeu- s Leben und am meisten für den Menschen ist, das glauben wir Erblichkeitshypothesen haben wir freilich, prüfen wir aber das welches diese aufgebaut sind, genauer, so müssen wir bekennen, sehr mangelhaft ist. Warum ist dies so? Weil man einen g hat gehen wollen. Solche Wege aber gibt es nicht. Wir igt, den mühevollen Weg zu wandern, wie ich ihn angedeutet ir müssen Individuum nach Individuum, Familie nach Familie, ach Geschlecht untersuchen. Erst wenn ein solches Material nd bearbeitet worden ist, können wir allgemeingültige Erblichkeits- ellen — daß es solche gibt, daran zweifeln wir ja nicht.

Land bietet viele Gelegenheiten, wahrscheinlich bessere als ere Land, zu Forschungen dieser Art und zwar aus mehreren nser Volk ist eine verhältnismäßig reine Rasse; er herrscht eine Sprache. Ferner ist die Bevölkerung noch vielerorts im Lande är, so daß man in einzelnen Gegenden eine große Anzahl Glieder esselben Geschlechts antreffen kann.

erer Zeit darf das Unkraut, d. h. die Degeneration fast ganz un- chsen und zwar in solcher Ausdehnung, daß es auf vielen Stellen e gute Saat erstickt. Überdies gibt es ganze Staaten in Europa, raut immermehr überhand zu nehmen scheint.

ige Volk, welches, solange es noch Zeit ist, die Bedeutung der ygiene einsehen lernt und es vermag, sich nach deren Forde- richten, kann der Zukunft mit Ruhe entgegengehen. Ein Volk elches fortgesetzt degeneriert, wird sich in der Länge kaum im Dasein oben halten können, wie militärisch gewappnet es auch nag. Wir mögen uns daran erinnern, daß Pulver und Kugeln or Tuberkulose, Alkoholismus, Nerven- und Geisteskrankheiten leren solchen Feinden der Gesellschaft schützen. Es wäre weit n die Kulturstaaten, anstatt ihre Rüstungen und Waffen gegenein-

Google

von Feinden dieser Art verwendeten.

Ich hoffe und glaube, daß die Zeit nicht mehr a ist, wo man geneigt wird, in sozialen Fragen den V biologisch gebildeten Arztes mindestens ebenso viel beizulegen, wie denen des Geistlichen, des Juriste Kriegers.

Solche Gesichtspunkte sind es, die ich während meiner For dem südschwedischen Bauerngeschlecht erhalten habe, Untersuc ich hoffentlich bald besser gerüstet und mit erneuter Kraft werd können.

Nekrolog Wagemann. — Am 1. November verstarb in den Folgen eines schweren Kehlkopfleidens der Direktor der Für schen Irrenanstalt Lindenhaus bei Lemgo, Sanitätsrat Dr. *Wagema* ist ein unermüdlicher Vorkämpfer moderner Irrenpflege dahingeg Name ist mit der Reform der genannten Anstalt innig verknüpft eine Ehrenpflicht ist, der Persönlichkeit dieses Mannes hier in schrift zu gedenken.

Wilhelm Wagemann war geboren am 31. März 1858 zu Ha entstammt einer alten Juristenfamilie. Er verlebte seine Kindheit sein Vater später Oberlandesgerichtsrat war, besuchte das dortige und betrieb seine medizinischen Studien in Göttingen und Tübi Absolvierung seiner Militärdienstpflicht war er nacheinander Wehnen, in Heidelberg unter *Fürstner* und in Göttingen unter *Lu* Im Jahre 1888 kam er als II. Arzt nach Lengerich i. W., wo heiratete. Am 1. Oktober 1896 wurde er zum Direktor der Für schen Anstalt Lindenhaus bei Lemgo ernannt, und hier setzt da Lebenswerk *Wagemanns* ein.

Wagemann trat seine Stellung unter den schwierigsten Un Peinliche Vorgänge, deren Schilderung nicht hierher gehört, hatte enthebung seines Vorgängers geführt. Das Vertrauen und Ansel Anstalt bisher genossen, hatte einen schweren Stoß erlitten. Die nach außen und innen waren betrübend. Es bedurfte geraumer unter dem Personal arg gelockerte Disziplin wiederherzustellen. Verfall der damaligen Hauptgebäude jeder Geschlechtsseite verla Am dringendsten vonnöten war eine solche beim alten Männerg ursprünglich ein Teil des Braker Schlosses gewesen war. Die stattung der düsteren Räume, die Heizung, die Beleuchtung un gelegenheiten, alles das befand sich in einem äußerst primitiv fallenen Zustande. Daß hier Abhilfe geschaffen werden mußte Aber woher die Mittel nehmen? Die Anstalt bezog bis auf ein jährlichen Zuschuß, die sogen. Lippstädter Rente, vom Lande k mäßigen Zuschuß. Dazu kam, daß die durch die Thronstreitigkeit

edingt notwendigen Ausgaben durchaus abgeneigt war. Dies ging
ß von gewisser Seite der Vorschlag gemacht wurde, die Anstalt als
er eingehen zu lassen und die Kranken in benachbarten Provinzial-
Preußens zu verpflegen. Damit hätte eine der ältesten deutschen
lten, eine durch das Andenken an die Fürstin Pauline zur Lippe
ehrwürdige Schöpfung aufgehört zu existieren.

n es auch gelang, diese Gefahr abzuwenden, so erwies sich die
g eines Aufsichtsrats für das von *Wagemann* geplante Reformwerk
em Teil förderlich. Der Landtag bewilligte wohl den Bau dreier
en, versagte jedoch infolge des plötzlichen Umschwungs in der
er im Aufsichtsrat sitzenden Landtagsmitglieder dem von der Regie-
r wieder vorgeschlagenen Bau neuer Frauenhäuser wiederholt seine
g. Wie sehr sich infolge dieser Vorgänge das Verhältnis des
zu einzelnen Aufsichtsratsmitgliedern bald verschärft hatte, kam
n 1899 erschienenen Artikel der Psychiatrischen Wochenschrift zur
n Kenntnis.

äher Ausdauer und Geduld hat *Wagemann* allen diesen Schwierig-
enüber ausgehalten. Unermüdlich suchte er seiner Überzeugung
ßgebenden Kreisen Gehör zu verschaffen. Wohl konnte auch ihn
h die Aussicht auf Undurchführbarkeit seiner wohlmeinenden Ab-
rübergehend mutlos machen, namentlich als der entsprechenden
Reform der Frauenseite scheinbar unüberwindliche Schwierigkeiten
n Weg stellten. Aber er hatte auch die Freude, nach jahrelangen
mpfen durchzudringen. Auch auf der Frauenseite kam der Bau
en schließlich zur Ausführung. Nur die nicht überwachungsbe-
und siechen Frauen verblieben im alten Frauenhause, das einen
prechenden Umbau im Innern erfahren sollte.

Reformwerk *Wagemanns*, wenn auch zur Zeit noch nicht abgeschlossen,
ür die Anstalt einen gewaltigen Fortschritt. Es konnte für jede
zweite Wachabteilung für Unruhige geschaffen werden, es wurde
ere Gruppierung und Individualisierung der Kranken ermöglicht.
Einführung von Zentralheizung und elektrischem Licht die Feuers-
ein Minimum reduziert. Hand in Hand damit gingen Maßnahmen
ehrung und Hebung des Wartpersonals, dessen Ausbildung sich
besonders angelegen sein ließ. Besondere Erwähnung verdient
nethodische Ausübung der Dauerbadbehandlung, die in den letzten
Lindenhaus zur Einführung kam.

ge Jahre nur trennen uns von der hundertjährigen Wiederkehr der
der Anstalt. *Wagemann* hat dieselbe leider nicht mehr erleben
Aber daß die Anstalt sich würdig ihrer alten Vergangenheit bei
egenheit wird präsentieren können und den Vergleich mit anderen
tierten Anstalten nicht zu scheuen braucht, wird sein unvergäng-
dienst bleiben.

Eigenschaften des Verstorbenen gedenken. *Wagemann* war eine offen liche Natur, stets wohlwollend und hilfsbereit, gegen Fehler and sichtig. Er liebte Geselligkeit und verstand es, Behaglichkeit um si breiten. Er war in glücklichster Ehe verheiratet, und sein Haus seine Gastfreiheit bekannt.

Die ersten Anfänge seiner letzten Krankheit mögen längere Z liegen. Schmerzen im Halse und eine Rauhigkeit der Stimme v ihn erst diesen Sommer spezialistischen Rat einzuholen. Die E einer Lymphdrüse führte zu der traurigen Gewißheit, daß es sich bösartige Neubildung handelte. Leider sollte seine Hoffnung d radikale Operation der Krankheit Herr zu werden, nicht in Erfüllu Er starb wenige Tage nach derselben, betrauert von allen, die ih Ehre seinem Andenken. *Haberkant*-Steph

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für trie wird am 20. und 21. April 1906 zu München stattfinden. Thema: „Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Auss aphasischen Störungen" wird Herr Professor *Heilbronner*-Utrecht e erstatten. Außerdem haben bisher Vorträge angemeldet die Herren *Alt*-Uchtspringe: Ernährungstherapie der *Basedow*schen Krankheit. München: Über den Abbau des Nervengewebes. *Gaupp*-München: logische Stellung des Querulantenwahns. *Gudden*-München: Über *Nitsche*-München: Auffassungs- und Merkfähigkeit bei Alkoholiste München: Psychologische Untersuchungen bei Unfallkranken. *Weiler* Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken. *Weber*-Göttingen: Gl Krämpfe bei Erkrankung einer Kleinhirnhemisphäre.

Anmeldungen weiterer Vorträge werden erbeten an Geheimrat Dr. *Moeli* in Lichtenberg bei Berlin oder an Sanitätsrat Dr. *Han* Zehlendorf (Wannseebahn), Schweizerhof.

Die endgültige Einladung erfolgt Ende März.

„Deutscher Verein für Psychiatrie E. V." — Die Eintr Vereins in das Vereinsregister ist durch das Kgl. Amtsgericht I zu 2. Dezember 1905 (Geschäftsnummer 88. V. R. 561) erfolgt (verg des Vereins § 3; diese Zeitschr. Bd. 62 S. 570).

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie ha Umfrage, betr. die Einrichtung von Fortbildungskursen für Ps seitens einer Anzahl von Regierungen und Selbstverwaltungskörper sage erhalten, daß sie einem oder mehreren Ärzten der ihnen unte Anstalten die Teilnahme an den beabsichtigten Kursen ermöglich

rs im nächsten Herbst zu Berlin stattfinden.

---

ternationaler Kongreß für Irrenfürsorge wird vom 26. ember dieses Jahres in Mailand stattfinden. Präsident ist Pro- *urini*, Generalsekretär Professor *Ferrari*. Dem Komitee zur Vor- s Kongresses gehören aus Deutschland an Professor *Hoche*-Frei- nd Professor *Alt*-Uchtspringe.

ırs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Be- und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen wird . April zu Gießen von den Herren Prof. *Sommer*, Priv.-Doz. Gießen, Prof. *Weygandt*-Würzburg und Seminarlehrer *Lay*-Karls- ten werden. Der Kurs wird folgende Themata umfassen: 1. Die ver- ormen der Idiotie. 2. Ursachenforschung, Prophylaxe und Therapie er Idiotie. 3. Untersuchung der Schädelabnormitäten mit prakti- en. 4. Medizinische Psychologie mit Bezug auf Behandlung und er angeboren Schwachsinnigen mit psychophysischen Übungen. ıtelle Didaktik mit Bezug auf die angeboren Schwachsinnigen. schulwesen. 7. Die Zwangserziehung. 8. Die strafrechtlichen des angeborenen Schwachsinnes. 9. Jugendliches Verbrechertum. borene Schwachsinn im Militärdienst. Die Anstalten für Schwach- mit Besichtigungen. — Das genauere Programm der Vorträge n soll Ende Februar 1906 versandt werden. Die Einschreib- je nach den Kosten der Vorbereitung usw. 10 bis 20 Mark be- dem Kurs sind alle an der Behandlung und Erziehung der chwachsinnigen ernsthaft interessierten Personen, besonders Ärzte eingeladen.

---

rein zum Austausch der Anstaltsberichte.

erein sind beigetreten:

ndespflegeanstalt zu Tapiau, Prov. Ostpreußen,
ßherzogl. Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch, Baden,
ilanstalt Weinsberg, Württemberg.

d gebeten, die Anstaltsberichte auch an den Berichterstatter für swesen im Literaturheft dieser Zeitschrift, Herrn Oberarzt Dr. rov.-Anstalt zu Lüneburg (Prov. Hannover), zu senden. —

erzeichnis der dem Verein angehörenden Anstalten wird vom eten auf Wunsch versandt.

zerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn. Dr. *Hans Laehr*.

Digitized by Google

Dr. *Meltzer*, bisher in Großhennersdorf, ist als 1. Arzt u. Anstalts
an die vereinigten Landeserziehungsanstalten für Schwachsinnig
in Chemnitz versetzt worden.

Dr. *Alfred Richter*, Sanitätsrat, bisher Oberarzt in Dalldorf, ist zu
der im Bau befindlichen städtischen Anstalt Buch,

Dr. *Karl Knörr*, Oberarzt in Neuruppin, zum Direktor der im Bau b
Provinzial-Anstalt Teupitz (Kreis Teltow) ernannt worden.

Dr. *Reg. Pierson*, Sanitätsrat, hat die ärztliche Leitung der Privatanstal
hof zu Coswig bei Dresden dem Sohn seines Vorgängers
Leiter von St. Getreu in Bamberg, Dr. *Ferd. Lehmann* übergeb
sich auf ärztlich beratende Tätigkeit und die Überwachung des
lichen Betriebs beschränken.

Dr. *Hub. von Grashey*, Ober-Med.-Rat in München, hat den Cha
Geheimer Rat,

Dr. *Konr. Alt*, Dir. der Prov.-Anstalt zu Uchtspringe, den Titel als
erhalten.

Dr. *Hans Berger*, Oberarzt an der psychiatr. Klinik zu Jena, ist a. o.
an der dortigen Universität geworden.

Dr. *Max Fischer*, Dir. der Heil- u. Pflegeanstalt bei Wiesloch in

Dr. *Rud. Mayer*, Dir. der Landesirrenanstalt Philippshospital zu
(Hessen), sind zu Medizinalräten,

Dr. *Karl Serger*, Dir. der Landesanstalt Strelitz,

Dr. *Karl Werner*, Dir. der Prov.-Anstalt in Owinsk,

Dr. *W. Petersen-Borstel*, Dir. der Prov.-Anstalt in Plagwitz,

Dr. *Fr. X. Gigglberger*, Oberarzt an der Lothring. Bezirksanstalt bei S
zu Sanitätsräten,

Dr. *Ernst Thoma* in Illenau und

Dr. *Walter Fuchs* in Emmendingen zu Oberärzten ernannt wor

Dr. *Friedr. Siemens*, Geh. Medizinalrat, Dir. der Provinzialirren
Lauenburg,

Dr. *K. Fürstner*, Hofrat, Prof. an der Kaiser Wilhelms-Universität
burg i. E.,

Dr. *K. Moeli*, Geh. Medizinalrat, Prof., Hülfsarbeiter im Kultusminis
Dir. der städt. Irrenanstalt in Lichtenberg, und

Dr. *Sander*, Geh. Medizinalrat, Dir. der städt. Irrenanstalt in Dall
den kgl. Kronenorden III. Kl.,

Dr. *Herm. Gock*, Sanitätsrat, Dir. der Landesanstalt in Landsberg
Roten Adlerorden IV. Kl. erhalten.

Dr. *Arn. Hugo van Andel*, Generalinspektor der niederländischen Irre
ist am 27. August 1905 im 70. Lebensjahre,

Dr. *Wilh. Wagemann*, Sanitätsrat, Dir. der Anstalt Lindenhaus
am 2. Nov. 1905 an den Folgen einer Kehlkopfoperation in
gestorben.

Digitized by Google

s Gewicht des menschlichen Kleinhirnes gesunden und kranken Zustande.[1])

Von

Dr. **M. Reichardt,** I. Assistent der Klinik.

---

so wie das Gewicht des gesamten Gehirnes wird auch hirngewicht bei konsequenten Wägungen menschlicher anz verschieden groß angetroffen. Wenn von den meisten ls Durchschnittszahlen für das menschliche Kleinhirn 50 g angegeben werden, so haben doch diese Zahlen urteilung eines Kleinhirngewichtes im Einzelfall oft gar ert. Denn nach den Angaben aus der Literatur kann te Kleinhirngewicht schwanken zwischen 60 und 200 g. Wägungen *Weisbachs*[2]) schwanken sogar im gleichen ebensjahrzehnt beim männlichen Geschlecht die Klein- te zwischen 114 und 177 g. Das in der hiesigen chen Klinik beobachtete leichteste und schwerste Klein- 80 bezw. 185 g. Es ist nun unmöglich, lediglich aus ten Gewichtszahl zu beurteilen, ob ein Kleinhirn normal vielleicht „atrophisch" ist. Ein Kleinhirngewicht von n z. B. normal und proportional sein bei einem kleinen und entsprechend kleinem Schädel. Ein anderes Klein- 130 g dagegen kann bereits, z. B. bei Paralyse, abnorm , wenn der betreffende Kranke ein sehr großes Groß- einen sehr großen Schädel hatte. Gerade im Bereich normalerweise bei Erwachsenen noch möglichen Klein-

[1]) der psychiatrischen Klinik zu Würzburg (Professor *Rieger*).

[2]) h. für Anthropologie Bd. I. 1866.

Digitized by Google

hirnes vermieden werden, wenn man nicht wenigstens na
kann, daß das betreffende Kleinhirn zu seinem zugehörig
hirn auch wirklich abnorm klein ist. Noch weniger d
dings von „Atrophie“ des Kleinhirnes gesprochen werd
das Kleinhirn überhaupt nicht gewogen wurde, sondern
der Augenschein bestimmte, ob „Atrophie“ vorgelege
könnte oder nicht. Wie sehr gerade der Augenschein
Versuch der Konstatierung einer allfälligen Groß- und K
atrophie täuschen kann, davon kann man sich bei jede
überzeugen, wenn man der objektiven Wägung und Unte
auf allfällige Atrophie die subjektive Schätzung vorangeh
Man kann sich oft genug an Beispielen aus der Litera
zeugen, daß das Wort „Kleinhirnatrophie“ angewandt wu
daß auch nur der geringste Beweis dafür erbracht wäre,
Kleinhirn auch wirklich „atrophisch“ gewesen ist.

Es geht hieraus hervor, wie wenig Wert die Festste
absoluten Kleinhirngewichts für sich allein in der Meh
Fälle hat. Das gleiche gilt ja auch vom Hirn- und
gewicht. Eine Hirngewichtszahl hat meistenteils nur W
die zugehörige Schädelkapazität, — eine Körpergew
wenn die betreffende Körpergröße bekannt ist. Es liegt
nächsten, bei dem Versuche einer Beurteilung, ob ein
zu leicht oder zu schwer ist, das Kleinhirngewich
ziehung zu seinem Großhirngewicht zu bringe
das Gewichtsverhältnis $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ bei der überwiegend
zahl der erwachsenen Menschen einigermaßen konstant i
sich im Einzelfall auch annähernd entscheiden lassen
betreffende Kleinhirn normal schwer ist oder nicht.

Was über das Gewicht des Kleinhirnes bis jetzt
licht wurde, findet sich zusammengestellt bei *Ziehe*

---

[1]) Die entsprechende Äußerung von *Storch* (Zentralbl. f. N
1901 Seite 47 unten) ist mir absolut unverständlich. Hat sich
mals die Mühe genommen, das mit dem Augenmaß Abgeschätzte
kontrollieren?

[2]) Anatomie des Nervensystems. II. Lieferung. Jena, Gus
1903 Seite 407 ff.

Digitized by Google

der dort angegebenen Gewichtszahlen bewegt sich
130 und 150, wobei allerdings, wie *Ziehen* hervorhebt,
inzelnen Autoren vielfach nicht hinzugefügt wurde, an
elle die Kleinhirnschenkel durchtrennt wurden, und ob
hirn mit oder ohne Pia gewogen worden ist. Es ist
glich, daß überall da, wo höhere Durchschnittszahlen
mehr) für das Kleinhirn genannt werden, die Brücke
e Teile des Hirnstammes mitgewogen wurden. *Bischoff*[1])
let (Seite 97) zwischen Kleinhirn und „kleinem Gehirn"
ulla oblongata, Pons, Kleinhirn und Vierhügel), — eine
dung, welche nur Verwirrung stiften kann und welcher
nt zu danken ist, daß in älteren Tabellen[2]) das durch-
e Kleinhirngewicht bedeutend zu hoch angegeben wurde.
ht der Vierhügel, Brücke und proximaler Medulla oblon-
ankt nach den in der hiesigen Klinik ausgeführten
gewöhnlich zwischen 25 und 35 g. Zieht man diese
on den auf Seite 98 genannten Zahlen *Bischoff*s ab,
nan ebenfalls Kleinhirngewichte, die sich meist zwischen
50 g bewegen.

lgenden soll erörtert werden, ob bei der überwiegenden
der Erwachsenen, und zwar bei normal großem Groß-
Verhältnis zur Schädelkapazität) und unter möglichster
ng aller Krankheiten, die zu einer Gewichtsvermehrung
hinderung des Gehirnes bezw. einzelner Teile desselben
nnen, der Quotient $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ (und zwar nach Ent-
er Pia) normalerweise ein annähernd konstanter ist,
sich dieser Quotient bei den einzelnen Krankheiten
nn, und endlich, ob und wieweit man bei einem auf-
nen oder niedrigen Quotienten auf anormale Verhältnisse
darf.

Grundlage für diese Untersuchungen dienen mir die
h geordneten Resultate vieler während mehrerer Jahre
nener Gehirnwägungen aus der hiesigen psychiatrischen

—

Hirngewicht des Menschen. Bonn 1880.

Digitized by Google

stens, Schädelkapazität, Körpergröße, Körpergewicht un
alter der betreffenden Personen zu berücksichtigen, so k
dem gesamten Material an Gehirngewichtszahlen nur
schränkte Anzahl verwandt werden.

Die Schädelkapazität wurde in der Mehrzahl
angeführten Fälle bestimmt durch Eingießen von Wasser
Meßzylinder in den mit Wachs wasserdicht gemachten m
Schädel, der sich in der Sammlung der Klinik befindet.
anderen Leichen, deren Schädel beerdigt wurden, w
Kapazität bestimmt nach der seit Jahren in der Klinik
und erprobten, anderwärts beschriebenen[1]) Methode de
eingießung in den Schädel bei der Sektion. Endlic
einigen Personen, bei denen an der Leiche der faktische
inhalt nicht bestimmt werden konnte, der mutmaßliche
inhalt, am Lebenden gemessen, beigefügt. Diese Zahl
verständlich nur annähernd genau, pflegt aber der Wi
meist sehr nahezukommen.

Als normal groß ist, nach den in der Klinik g
Erfahrungen, beim Erwachsenen ein Hirn anzusehen, w
Gewicht (mit Pia) in Gramm 10 bis 16% kleiner ist, a
gehörige Kapazität in Kubikzentimetern. Meist beträgt die
12 bis 14%. Es läßt sich vorläufig nicht sagen, wo d
gegen das Pathologische liegt. Wenn im folgenden Differ
von 17% an aufwärts als nicht mehr zum Normalen ge
gesehen werden, so geschah dies mehr aus äußeren Grün
sicher pathologisch dürfen wir vorläufig jedenfalls erst Z
20% und mehr Differenz ansehen. Diese Schwanku
Gewichtszahlen innerhalb des Normalen sind gewiß zunä
raschend. Daß die Grenzen nicht enger gesteckt werde
mag zum Teil an unvermeidlichen Fehlerquellen bezw. U
keiten liegen, liegt aber zum Teil auch an der Eig
Gehirnes, seinen Flüssigkeitsgehalt und damit sein Vol
Gewicht intra vitam dauernd zu ändern, ohne daß e

---

[1]) *Reichardt*, Über die Bestimmung der Schädelkapazität an

Digitized by Google

als pathologisch anzusehen wäre, wenn es 5% mehr
niger Wasser beherbergt.

Hirngewicht wurde derart bestimmt, daß das Gehirn
mit Pia gewogen wurde, dann nach möglicher Ent-
der Pia; hierbei wurden auch die Ventrikel geöffnet und
lliger Hydrocephalus internus ablaufen gelassen. Dann
er Hirnstamm an den Hirnschenkeln und das von der
falls möglichst befreite Kleinhirn an seinen Verbindungs-
rekt am Eintritt in das Kleinhirn abgetrennt, die Großhirn-
ren halbiert und so die einzelnen Teile gewogen. Die so
en Zahlen müssen, zusammengerechnet, annähernd das
des Gehirnes ohne Pia erreichen, sie bilden so jederzeit
ünschte Kontrolle, ob richtig gewogen wurde. Einige
lüssigkeit, besonders bei „ödematösen" Gehirnen, gehen
gen der einzelnen Gehirnteile oft noch verloren. Diese
Differenzen werden vernachlässigt. Diese Methode der
ng, seit vielen Jahren in der Klinik geübt, hat sich
aus rationell erwiesen. Sie wird neuerdings auch von
d[1]) empfohlen, doch ohne daß er sie selbst schon an-
nätte. Die *Meynert*schen Wägungen, die z. B. auch *Ilberg*
tschr. für Psych. Bd. 60) anwandte, wurden in der Klinik
angewandt. *Marchand* nennt sie mit Recht „ziemlich
"; zudem geben sie gar zu leicht zu Fehlschlüssen be-
llfälliger Gewichtsdifferenzen zwischen rechter und linker
re Anlaß, da es unmöglich ist, die Stammganglien rechts
s genau symmetrisch auszuschneiden. — Die Gehirn-
vurde stets vor Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle
men.

-hand (ibid.) verwirft das Abziehen der Pia als unzweck-
n Gegensatz hierzu hat sich durch unsere Wägungen gezeigt,
u einem gewissen Grade die Differenz des Hirngewichtes
ohne Häute als Maßstab für den höheren und geringeren
tsgehalt der Pia und Ventrikel und vielleicht manchmal
Gehirnes dienen kann. Bei der Mehrzahl der Gehirne

Digitized by Google

[1]) er das Hirngewicht des Menschen. Leipzig. B. G. Teubner. 1902.

Gehirne (z. B. Tod an Infektionskrankheiten) können 7
mehr Differenz haben. Andererseits wird oft die abnorm
heit des Gehirnes bei Hirntumoren mit pathologischem
bei Hirnschwellung usw. durch eine abnorm geringe Di
ausgedrückt (20 bis 30 g). An den Stellen des Gehirn
für die mikroskopische Untersuchung aufgehoben werd
läßt man die Pia selbstverständlich im Zusammenhan
Hirnrinde, was durch oberflächliches Umschneiden der b
vor dem Abziehen erreicht werden kann.

Hier sei bezüglich des Hirngewichtes folgende Bemerkun
Wenn im Augenblick der Sektion ein Gehirn beispielsweise 1200
ist damit nicht gesagt, daß es zwei Stunden vor dem Tode dass
hatte; es könnte ja auch in jenem früheren Zeitpunkt nur 1100
und der Schädelinnenraum dafür ca. 100 g Liquor mehr beherb
Zweifellos vermag nämlich das Gehirn, infolge unbekannter Prozes
und Konsistenz erheblich zu ändern. Bezüglich seines verschiede
keitsgehaltes ließe es sich vielleicht am besten mit einem auto
vollsaugenden und die Flüssigkeit ebenso wieder abgebenden
vergleichen.

Wenn nun bei einem Paralytiker eine Differenz zwischen Schä
und Hirngewicht von 25% gefunden wird, so ist ebenfalls nic
daß dieser Kranke einige Stunden oder Tage vor dem Tode
Differenzzahl gehabt hat. Hatte er z. B. zufällig 2 Tage vor dem
vorübergehenden paralytischen Insult erlitten, so kann sich
Insultes, infolge der plötzlich eintretenden Veränderung im Gehi
Insult zugrunde lag, auch das Volumen bezw. Gewicht (und die
erheblich geändert haben.

Es ist deshalb gewiß falsch, wenn man, etwa bei einer Differe
Schädelkapazität und Hirngewicht von mehr als 20% ohne
„Hirnatrophie" reden wollte, wenn anders das Wort „Hirnatrop
dem Sinne verstanden werden soll, daß ein irreparabler Unterga
Substanz stattfand, dessen Resultat die gefundene Verkleinerung

Wenn im folgenden Hirnatrophie, Hirnverkleinerung und
abwechselnd gebraucht wurden, so geschah dies aus sprachlich
und weil die Frage der „Hirnatrophie" alles andere als geklärt ist.
soll nicht verschwiegen werden, daß es vielleicht praktischer is
Wort „Hirnatrophie", unter dessen Etikette verschiedenartige Zu
verbergen, auch durch das allgemeinere Wort „Hirnverkleineru
wird. Und in diesem allgemeineren Sinne will im folgenden auc
„Hirnatrophie" nur verstanden sein.

Digitized by Google

Es gibt zweifellos eine Hirnverkleinerung (Hirnatrophie

ne — man kann dies z. B. an einem „atrophischen" und sklero-
nhirn sehen — lediglich Folge ist von Parenchymschwund und
r, aber bez. des zu ergänzenden Gewichtes ungenügender Glia-
Dieser Hirnverkleinerung gegenüber steht jene, bei welcher die
heit in Größe und Gewicht des Gehirnes lediglich Folge ist des
n Flüssigkeit(und Eiweiß)gehaltes des Gehirnes, ohne daß ein
ervöser Substanz nachweisbar oder — bei dem gelegentlich sich,
Hirnschwellung, wahrscheinlich sehr rasch vollziehenden Größen-
Gehirnes (oder seiner Teile) — überhaupt denkbar wäre.

Körpergewicht ist in den nachfolgenden Tabellen das
kurz vor dem Tode genannt worden. Da die Mehrzahl
en, deren Tod vorauszusehen ist, in der Klinik täglich
werden, können die Körpergewichtszahlen als sehr genau
werden. Unter dem Quotienten des Körpergewichtes
nden der Quotient $\frac{\text{Körpergröße in Zentimetern}}{\text{Körpergewicht in Kilogramm}}$. Bei normal
Menschen liegt dieser Quotient gewöhnlich zwischen
,0, und zwar bei großen Personen mehr bei 2,0, bei
ehr um 3,0. Über Einzelheiten vergl. die demnächst er-
Arbeit von *Dreyfus* im Archiv für Psychiatrie (Bd. 41,
Im folgenden wird von diesem Körpergewichtsquotienten
r die Rede sein. Wenn das Wort Quotient gebraucht
ist stets der Groß-Kleinhirnquotient gemeint.

sollte nun meinen, daß bei sehr starker Abmagerung
rs auch das Hirngewicht niedriger würde. Dies ist
t der Fall. Das Hirngewicht (im Verhältnis zu seiner
pazität) ist im höchsten Maße unabhängig vom Körper-
Eine Begründung dieser Behauptung kann hier aller-
t erfolgen. Die Erörterung dieser Frage bildet vielmehr
t für sich.

Maximum unserer tabellarisch geordneten ab-
Kleinhirngewichte[1]) liegt bei 130 g. Kleinhirn-
von 120 bis 150 g sind jedenfalls etwas ganz Gewöhn-
nicht irgendwie an sich auffallend. Jenseits 150 g
ie ein Blick auf die Tabelle lehrt, nur noch Kleinhirn-

Digitized by Google

[1]) Pia des Kleinhirnes wurde vor dem Gewichtsbestimmen so gut

gewichte von Männern. Sonst ist ein deutlicher Ein
Geschlechtes auf das Kleinhirngewicht nicht wahrnehmb
die Beziehung und den Einfluß des Greisenalters zum K
gewicht wird später ausführlicher die Rede sein.

In der Literatur wurde wiederholt das Kleinhirn in
zentuales Verhältnis zum gesamten Hirn gebracht.
hiesigen Klinik hingegen wurde vorgezogen, das Kleinhi
nur in Beziehung zum Gewicht des (seiner Pia beraubt
hirnes zu bringen.

Die als normal anzusehenden Quotientzah
Bruches $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ liegen zwischen 7,0 und 8,5
unter 7,0 und über 8,5 sind bei Personen, bei welchen at
oder zu einer Gewichtsvermehrung führende Prozesse
oder Kleinhirnes mit Sicherheit ausgeschlossen werden
auffallend selten. Quotientzahlen unter 6,5 und von 9,
wärts hingegen deuten in der ganz überwiegenden Meh
irgendwelche pathologische Verhältnisse.

Wenn viele Autoren, welche über Kleinhirngewichte
haben, die durchaus als normal anzusehenden Schwank
Kleinhirngewichtes bei den verschiedenen Personen her
so drücken sich diese Schwankungen auch in dem Spiel
den die Quotientzahlen 7,0 bis 8,5 anzeigen. Doch biete
rechnen des Quotienten insofern den großen Vorteil, als
erheblich größerer Sicherheit sagen kann, ob das betreffen
hirn in einem zahlenmäßig richtigen Gewichtsverhältnis
Großhirn steht. Wenn eingangs erwähnt wurde, daß die
Kleinhirngewichte zwischen 80 und 200 g schwanken k
läßt sich an der Hand des Quotienten mit Leichtigkeit na
daß gegebenenfalls ebensowohl ein Kleinhirn von 80
200 g normal schwer sein kann. Und hieraus zeigt
ähnlich wie beim Hirngewicht überhaupt, so auch beim
gewicht die absolute Zahl oft recht wenig nützt, die rel
dagegen eine weit bessere Anschaulichkeit besitzt.

Hiermit soll nun selbstverständlich nicht gesagt
ein Groß-Kleinhirnquotient, der sich in der normalen S

Digitized by Google

Umständen auch auf Fehlen pathologischer Verhält-
nließen gestattet. Wenn z. B. bei einem angenommenen
ider Groshirnhemisphären von 1000,0 g sowohl ein Groß-
uotient von 7,0 wie 8,5 möglich und „normal“ ist, so
ein Kleinhirngewicht von 143 bezw. 118 g, also einen
von 25 g bedeuten. Hatte nun ein solches Großhirn
g ein zugehöriges Kleinhirn von 143 g (Quotient 7,0)
nn, z. B. durch Paralyse, das Kleinhirn um 25 g ge-
so würde sich dieser Gewichtsverlust noch immer
nem abnorm hohen Quotienten ausdrücken. Der Quo-
8,5, und man könnte aus ihm noch nicht heraus-
rgendein pathologischer Prozeß im Spiele war, während
elleicht erhebliche Kleinhirnsymptome bestanden (zere-
xie). Tritt bei dem gleichen angenommenen Beispiel
$\frac{\text{ein}}{\text{ein}} = \frac{1000}{143} = 7{,}0$ eine nur mäßige Großhirnatrophie ein,
r Quotient rasch sinken und als zu klein erscheinen.
en das Kleinhirn von vornherein nur 118 g schwer,
s Großhirn um 170 atrophieren, ohne daß der Quotient
sinkt. Die Großhirnatrophie verrät sich hierbei sehr
Berücksichtigung der Schädelkapazität, nicht aber die
rophie.

gleiche gilt auch ceteris paribus von pathologischen
rmehrungen des Groß- oder Kleinhirnes.

ferner die beim Tode gefundene Groß-Kleinhirnquotient-
bersteigt, so hätte es nur einer geringen Atrophie be-
das Kleinhirn angeboren schon leicht gewesen wäre,
uotienten auf 9,0, ja 10,0 zu bringen. — Es ist also
sichtlich, daß bei der Möglichkeit des Vorhandenseins
r Prozesse, die mit Hirnatrophie oder Hirnvermehrung
n, auch ein normaler Quotient mit Vorsicht behandelt

—

man nun ein abnorm schweres (sehr niedriger Quotient)
m leichtes (sehr hoher Quotient) Kleinhirn, so entsteht
eine andere Frage: ob nämlich dieses Kleinhirn an-
schwer (zu leicht), oder erst im späteren Leben so

Digitized by Google

berührt werden, ohne daß immer eine genügend bef
Antwort gegeben werden kann. Bei einem Teil der zu
Kleinhirne wird zweifellos die histologische Untersuc
Antwort bringen können, wenn starker Parenchymau
eine beträchtliche Gliawucherung (Sklerose) es überwieg
scheinlich machen, daß das Kleinhirn im späteren Leber
und atrophiert ist. Gibt es aber wie beim Gehirn
(s. o.) so auch beim Kleinhirn eine Gewichtsvermehr
-verminderung lediglich als Folge des verschiedenen Fl
und Eiweißgehaltes, so wird man von der histologisch
suchung keinen genügenden Aufschluß erwarten dürfe
zu leichte oder schwere Kleinhirn Folge einer erst
hinzugetretenen Krankheit ist. In solchen Fällen wird
nur mehr mit Wahrscheinlichkeit beantwortet werden k

Zur Erklärung der Tabellen diene folgendes: Unter „Hirn
ist das Gewicht des ganzen Hirnes mit der Pia verstanden; die S
meist 2—8 Stunden nach dem Tode statt. Unter „Differen
Gewichtsunterschied vor und nach Abziehen der Pia (und E
Ventrikel) gemeint. Der „Rest" besteht aus Brücke, Vierhügel
maler Oblongata. Die Spalte „Schädelinhalt durch Hirngewicht"
Differenz in Prozenten beider Zahlen, wobei das Hirngewicht in
wandt wurde.

Bei diesem im Zeitraum vieler Jahre gesammelten Material
zu verständlich, daß die Untersuchungen nicht durchweg nach ein
lichen Plan durchgeführt wurden. Daher hier und da die Lüc
Tabellen. Ähnliches gilt speziell auch von der histologischen Un
Wo von Gliaverhältnissen die Rede ist, ist stets nach der st
geführten *Weigert*schen Gliafärbung untersucht worden.

Tabelle 1 und 2 bringen Hirngewichtszahlen, wi
normalen Verhältnissen am nächsten kommen dürften.
treffenden Kranken haben an sogenannten funktionelle
infektiösen bezw. toxischen Psychosen gelitten. War
stärkere oder pathologische Verkleinerung oder Vergrö
Gesamthirnes von vornherein unwahrscheinlich, so ka
den Gehirnen der Tabelle 1 obendrein positiv ausg
werden, da hier die dem Gehirn zugehörige Schäde
bekannt ist und die Differenz zwischen derselben und

Digitized by Google

r Groß-Kleinhirnquotient zwischen 7,0 und 8,5 schwankt, aß sich sowohl niedrige Quotienten bei kleinem, wie uotienten bei großem Gesamthirngewicht finden. Wenn allgemeinen dem Ansteigen des absoluten Gesamthirn- auch ein Ansteigen des Kleinhirngewichtes entspricht, en im einzelnen doch Ausnahmen vor, indem bei einem rngewicht von 1300 g sowohl ein Kleinhirn von 130 g g gefunden wird. Immerhin sind diese letzterwähnten ngen, soweit unser Material ein Urteil gestattet, nicht chtlich, so daß man behaupten kann: Im allgemeinen e und Gewicht des Kleinhirnes abhängig von der nd dem Gewicht des Groß(bezw. Gesamt)-hirnes. halb nun im Einzelfall solche Schwankungen vorkommen indem von 2 annähernd gleichgroßen und gleichalten mit annähernd gleichem Hirngewicht die eine doch ein schwereres Kleinhirn haben kann als die andere, da- n sich vorläufig keine Gründe anführen. Man müßte Hypothesen seine Zuflucht nehmen und etwa sagen, nen mit schwererem Kleinhirn für schwierige koordinierte en besser veranlagt sind, als Menschen mit kleinem da ja aus vielen klinischen Beobachtungen das Klein- esentliches Organ für Koordination angesehen werden darf. ell ist die Körpergröße ohne erkennbaren gesetz- Einfluß auf das Kleinhirn. Wenn *Weisbach* (l. c. S. 316 gt:

> as Großhirn im Vergleich zum Gesamthirne mit zunehmender Körper- las Hinterhirn (und das Kleinhirn auch für sich allein) aber zunimmt,

ag dieses Verhalten des Kleinhirnes sich bei Verarbeitung r großen Materials als das häufigere herausstellen, doch den vielen Ausnahmen, wie sie gerade auch hier unsere zeigen, von einem gesetzmäßigen Einfluß der Körper- ziell auf das Kleinhirn nicht die Rede sein, ebenso- e die Körpergröße einen gesetzmäßigen Einfluß auf amthirngewicht ausübt. Dem widerspricht durchaus ß viele große Menschen ein schwereres Gesamt (und

Digitized by Google

Tabelle 1. Normaler Groß-Kleinhirnquotient, bei funkti

Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisch
Krämer, Luzie	29	130	29	4,5	Katatonie	Nicht idiotisch. Ohne Bewegungsstörungen. däre Sexualentwicklu S. 237). Stirbt an g aneurysma.
Häfner, Emma	22	—	—	—	Idiotie	Ohne alle Bewegungss an Lungentuberkulos
Goetz, Barbara	53	148	23	6,4	Melancholie	Ohne Bewegungsstörun
Düring, Adam	61	159	65	2,4	Epilepsie	Ohne organische Bew Tod an Pneumonie.
Keller, Barbara	66	150	55	2,7	Chronische diffuse Nephritis	Ohne Bewegungsstörun
Ebert, Martin	56	133	56	2,3	Kretinismus	do. Kann genügend les Krächzende Fistelst Genitalien genügend kein Bart. Hat noch drosen.
Beck, Wilhelm	42	173	60	2,9	Sepsis (Delirium acutum)	Ohne organische Bewe dergl. Tagelange Ag Tobsucht.
Waidlein, Joseph	28	168	62	2,7	Epilepsie, Lungentuberkul.	Im 6. Lebensjahre apo Dann 4 Monate hemip aphasisch. Dann wi leichte Schwäche rec
Hub, Hermann	30	167	51	3,3	Delirium acutum	Ohne organische Bew
Gutmann, Kilian	60	159	53	3,0	Melanch., Cystitis, Pyelitis	do.
Thomas, Bonifazius	53	165	42	3,9	Katatonie	Tod an Lungentuberk muskeldegeneration.
Noeth, Barbara	64	150	34	4,4	Lungentuberkul.	Ohne Bewegungsstörun
Nikolaus, Dorothea	42	156	46	3,4	Sepsis	do.
Fries, Konrad	60	179	99	1,8	Pyämie	Hemiplegie ohne orga Tage vor dem Tode. wegungsstörungen.

Digitized by Google

n	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
5	120	25	8,1	—	1250	8	Keine zerebrale Arteriosklerose Keine Ependymitis granularis usw
	120	—	7,1	1200	—	14	do.
1	125	30	7,5	—	1320	14	do.
0	130	30	8,5	1500	—	14	do.
5	135	30	7,0	—	1250	9	do.
0	140	40	7,0	—	1500	14	do.
0	140	25	8,3	—	1560	11	do.
3	140	30	7,6	1530	—	15	Porenzephalischer Herd in der Ge gend des linken Gyrus angulari
0	140	25	8,0	—	1500	10	Keine Arteriosklerose oder Ependy mitis granularis.
0	145	—	7,1	—	1450	14	do.
6	145	30	7,0	—	1415	15	do.
5	150	40	7,0	—	1480	11	Kein besonderes Ödem. Spezie auch keine Änderung der Kons stenz des Kleinhirns.
0	150	30	7,2	—	1400	8	
0	**160**	**35**	**7,5**	**—**	**1700**	**13**	**Makroskopisch mäßiges Hirnöden Keine zerebrale Arteriosklerose o Ependym. granul. Histolog. aku**

Tabelle 1. Normaler Groß-Klein-Index, bei funktio

Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisch
Krämer, Luzie	29	130	29	4,5	Katatonie	Nicht idiotisch. Ohne a Bewegungsstörungen. däre Sexualentwicklun S. 237). Stirbt an ge aneurysma.
Häfner, Emma	22	—	—	—	Idiotie	Ohne alle Bewegungsstö an Lungentuberkulose.
Goetz, Barbara	53	148	23	6,4	Melancholie	Ohne Bewegungsstörunge
Düring, Adam	61	159	65	2,4	Epilepsie	Ohne organische Bewe Tod an Pneumonie. St
Keller, Barbara	66	150	55	2,7	Chronische diffuse Nephritis	Ohne Bewegungsstörunge
Ebert, Martin	56	133	56	2,3	Kretinismus	do. Kann genügend lese Krächzende Fistelstim Genitalien genügend B kein Bart. Hat noch drosen.
Beck, Wilhelm	42	173	60	2,9	Sepsis (Delirium acutum)	Ohne organische Bewegu dergl. Tagelange Ago Tobsucht.
Waidlein, Joseph	28	168	62	2,7	Epilepsie, Lungentuberkul.	Im 6. Lebensjahre apopl Dann 4 Monate hemiple aphasisch. Dann wied leichte Schwäche rech
Hub, Hermann	30	167	51	3,3	Delirium acutum	Ohne organische Bewe
Gutmann, Kilian	60	159	53	3,0	Melanch., Cystitis, Pyelitis	do.
Thomas, Bonifazius	53	165	42	3,9	Katatonie	Tod an Lungentuberkul muskeldegeneration.
Noeth, Barbara	64	150	34	4,4	Lungentuberkul.	Ohne Bewegungsstörunge
Nikolaus, Dorothea	42	156	46	3,4	Sepsis	do.
Fries, Konrad	60	179	99	1,8	Pyämie	Hemiplegie ohne organi Tage vor dem Tode. wegungsstörungen.

Digitized by Google

ormales Verhältnis zwischen Schädelinhalt u. Hirngewicht.

n	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
5	120	25	8,1	—	1250	8	Keine zerebrale Arteriosklerose Keine Ependymitis granularis usw
	120	—	7,1	1200	—	14	do.
1	125	30	7,5	—	1320	14	do.
0	130	30	8,5	1500	—	14	do.
5	135	30	7,0	—	1250	9	do.
0	140	40	7,0	—	1500	14	do.
0	140	25	8,3	—	1560	11	do.
3	140	30	7,6	1530	—	15	Porenzephalischer Herd in der Ge gend des linken Gyrus angulari
0	140	25	8,0	—	1500	10	Keine Arteriosklerose oder Ependy mitis granularis.
0	145	—	7,1	—	1450	14	do.
5	145	30	7,0	—	1415	15	do.
5	150	40	7,0	—	1480	11	Kein besonderes Ödem. Spezie auch keine Ände ... stenz des Kl...
0	150	30	7,2	—	1400	8	
0	160	35	7,5	—	1700	13	Makroskopisch ... Keine zerebr... gr...

Digitized by Google

Tabelle 1. Normaler Größe-Kleinhirnquotient, bei funkti

Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisc
Krämer, Luzie	29	130	29	4,5	Katatonie	Nicht idiotisch. Ohne Bewegungsstörungen. däre Sexualentwicklu S. 237). Stirbt an g aneurysma.
Häfner, Emma	22	—	—	—	Idiotie	Ohne alle Bewegungss an Lungentuberkulos
Goetz, Barbara	53	148	23	6,4	Melancholie	Ohne Bewegungsstörun
Düring, Adam	61	159	65	2,4	Epilepsie	Ohne organische Bev Tod an Pneumonie.
Keller, Barbara	66	150	55	2,7	Chronische diffuse Nephritis	Ohne Bewegungsstörun
Ebert, Martin	56	133	56	2,3	Kretinismus	do. Kann genügend les Krächzende Fistelst Genitalien genügend kein Bart. Hat noch drosen.
Beck, Wilhelm	42	173	60	2,9	Sepsis (Delirium acutum)	Ohne organische Beweg dergl. Tagelange Ag Tobsucht.
Waidlein, Joseph	28	168	62	2,7	Epilepsie, Lungentuberkul.	Im 6. Lebensjahre apo Dann 4 Monate hemip aphasisch. Dann wi leichte Schwäche rec
Hub, Hermann	30	167	51	3,3	Delirium acutum	Ohne organische Bev
Gutmann, Kilian	60	159	53	3,0	Melanch., Cystitis, Pyelitis	do.
Thomas, Bonifazius	53	165	42	3,9	Katatonie	Tod an Lungentuberk muskeldegeneration.
Noeth, Barbara	64	150	34	4,4	Lungentuberkul.	Ohne Bewegungsstörun
Nikolaus, Dorothea	42	156	46	3,4	Sepsis	do.
Fries, Konrad	60	179	99	1,8	Pyämie	Hemiplegie ohne orga Tage vor dem Tode. wegungsstörungen.

Digitized by Google

Normales Verhältnis zwischen Schädelinhalt u. Hirngewicht.

n	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
5	120	25	8,1	—	1250	8	Keine zerebrale Arteriosklerose Keine Ependymitis granularis usw
	120	—	7,1	1200	—	14	do.
1	125	30	7,5	—	1320	14	do.
0	130	30	8,5	1500	—	14	do.
5	135	30	7,0	—	1250	9	do.
0	140	40	7,0	—	1500	14	do.
0	140	25	8,3	—	1560	11	do.
8	140	30	7,6	1530	—	15	Porenzephalischer Herd in der Gegend des linken Gyrus angulari
0	140	25	8,0	—	1500	10	Keine Arteriosklerose oder Ependymitis granularis.
0	145	—	7,1	—	1450	14	do.
6	145	30	7,0	—	1415	15	do.
5	150	40	7,0	—	1480	11	Kein besonderes Ödem. Spezie auch keine Änderung der Konsistenz des Kleinhirns.
0	150	30	7,2	—	1400	8	
0	160	35	7,5	—	1700	13	Makroskopisch mäßiges Hirnöder Keine zerebrale Arteriosklerose o Ependym. granul. Histolog. aku

Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisch
Holleber, Adam	44	156	46	3,4	Delirium tremens	Ohne organische Bew ausgenommen die dur verursachten.
Müller, Ursula	54	151	32	4,7	Paranoia	Myodegeneratio cordis. Tagen Fieber — wahr nale Sepsis.
Weinreich, Sophie	37	156	62	2,5	Periodische Melancholie	Tod im Aufregungszusta lich nur als Folge d störung zugrundeliege im Gehirne.
Kuchenmeister, Margarete	64	—	—	—	Epilepsie	Tod im Status epileptic nischen Bewegungsstö
Nasser, Elise	21	—	—	—	Melancholie	Tod an frischer verrukö
Keller, Lorenz	55	163	49	3,3	Delirium tremens	Starker Tremor. Gewal Zittern während des
Stamm, Anna	58	153	35	4,3	Katatonie	Keine organischen Bew Tod an Erschöpfung; der Aufnahme sehr d
Forster, Karl	64	177	82	2,2	Zirkuläre Geistesstörung	Stirbt an Pneumonie un Keine organischen Bew
Schoppelrey, Karl	63	176	60	2,8	Melancholie	Stirbt an septischer Inf
Deichselberger, Joseph	40	166	49	3,4	Katatonie	Tod wahrscheinlich nu Geistesstörung zugrun prozesses.
Fuchs, Richard	37	—	90	—	Delirium tremens	„Groß, breit. stattlich. m Kopf.“

hirn links	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
488	115	25	8,1	—	—	—	—
525	120	20	8,7	—	—	—	—
522	120	30	8,7	—	—	—	Mäßig starke Hyperämie.
—	125	—	7,4	—	—	—	—
563	125	25	8,7	—	—	—	—
468	135	21	7,0	—	—	—	Viele Blutungen im verläng Mark. Beginnende hämorrhag Entzündung an einzelnen St daselbst.
—	135	—	8,0	—	—	—	—
575	150	30	7,6	—	—	—	Kein Gehirnatherom oder Epe mitis granularis. Etwas ödem.
610	150	—	8,0	—	—	—	do.
573	150	30	7,6	—	—	—	—
—	185	—	8,0	—	—	—	—

Digitized by Google

Gewicht des Gesamthirnes (und des Kleinhirnes) sei
bemerkt, daß bei Erwachsenen zu Tode führende Infekti
in der großen Mehrzahl der Fälle keinen nachweisbare
auf das Hirngewicht haben, und zwar auch bei „Hirnöd
unsere Tabellen, speziell die Berücksichtigung der Sch
zität, beweisen. Zwar gibt *Marchand* an (l. c. S. 3
auch Infektionen eine Gewichtsvermehrung des Gehi
ursachen können. Doch hat er hierbei in erster Linie
lichen Gehirn gesprochen; das kindliche Gehirn reagiert

Tabelle 3. Normaler

Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
Müller, Margarete	55	150	36	4,2	Paralyse	Tabes. Sehr starke störung. Zuletzt
Feidner, Anna	57	150	27	5,5	do.	Parese eines Rectus Patellarreflexe. Son keren spinalen oder rungen.
Rümer, Peter	50	167	61	2,7	do.	Tabes. Sprachstörung Geringes Zittern an Stirbt interkurrent a
Österer, Leonhard	61	166	61	2,7	do.	Allgemeines, wenig ho Taumelnder Gang. Spastisch.
Wolf, Georg	45	169	50	3,4	do.	Von Haus aus idiotisch Pupillen, Patellarref
Hofmann, Kilian	32	—	54	—	do.	Pupillenstarre. Heftigs Paralyse.
Büchs, Heinrich	41	—	66	—	do.	Pupillenstarre. Stirb Melanosarkom.

Digitized by Google

er mit Quellung und Gewichtsvermehrung auf Infek-
d sonstige Reize, als das Gehirn eines Erwachsenen.
Grade von Hirnvergrößerung lassen sich allerdings,
großen Spielraumes der oben angegebenen Differenz-
ischen Kapazität und Hirngewicht, bis auf weiteres
r erkennen. So könnten bei der Kranken Nr. 13 auf
8% Differenz) vielleicht erste Anfänge einer infektiösen
ßerung vorliegen. Ferner ist auf Tabelle 2 bei den
Nr. 2 und 5 der Groß-Kleinhirnquotient sehr hoch.
weise handelt es sich um ein angeboren leichtes Cere-

e Hirnatrophie.

Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
110	20	8,7	—	1350	16	Etwas Ependymitis granularis Beträchtliche Gliawucherung, besonders in der Molekularschicht des Kleinhirnes, weniger in dessen Marksubstanz. Geringe tabische Hinterstrangerkrankung.
120	—	7,0	—	1200	15	Lumbalmark leichte tabische Degeneration.
135	30	6,8	—	1350	16	Keine Ependymgranulierung. Leichte tabische Hinterstrangveränderung.
140	30	6,9	—	1430	16	Keine Ependymgranulierung oder zerebrale Arteriosklerose.
165	30	7,0	—	1525	10	—
165	—	7,2	—	1630	13	—
170	—	7,7	—	1770	13	Leichte Hinterstrangerkrankung in

Digitized by Google

Gewicht des Gesamthirnes (und des Kleinhirnes) sei
bemerkt, daß bei Erwachsenen zu Tode führende Infekt
in der großen Mehrzahl der Fälle keinen nachweisbar
auf das Hirngewicht haben, und zwar auch bei „Hirnö
unsere Tabellen, speziell die Berücksichtigung der Sch
zität, beweisen. Zwar gibt *Marchand* an (l. c. S.
auch Infektionen eine Gewichtsvermehrung des Geh
ursachen können. Doch hat er hierbei in erster Linie
lichen Gehirn gesprochen; das kindliche Gehirn reagier

Tabelle 3. Normale

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
1	Müller, Margarete	55	150	36	4,2	Paralyse	Tabes. Sehr starke störung. Zuletzt
2	Feidner, Anna	57	150	27	5,5	do.	Parese eines Rectus Patellarreflexe. Sor keren spinalen ode rungen.
3	Rümer, Peter	50	167	61	2,7	do.	Tabes. Sprachstörun Geringes Zittern an Stirbt interkurrent
4	Österer, Leonhard	61	166	61	2,7	do.	Allgemeines, wenig h Taumelnder Gang. Spastisch.
5	Wolf, Georg	45	169	50	3,4	do.	Von Haus aus idiotisc Pupillen, Patellarre
6	Hofmann, Kilian	32	—	54	—	do.	Pupillenstarre. Heftig Paralyse.
7	Büchs, Heinrich	41	—	66	—	do.	Pupillenstarre. Stir Melanosarkom.

Digitized by Google

ter mit Quellung und Gewichtsvermehrung auf Infek-
nd sonstige Reize, als das Gehirn eines Erwachsenen.
Grade von Hirnvergrößerung lassen sich allerdings,
es großen Spielraumes der oben angegebenen Differenz-
wischen Kapazität und Hirngewicht, bis auf weiteres
ner erkennen. So könnten bei der Kranken Nr. 13 auf
(8 % Differenz) vielleicht erste Anfänge einer infektiösen
ößerung vorliegen. Ferner ist auf Tabelle 2 bei den
Nr. 2 und 5 der Groß-Kleinhirnquotient sehr hoch.
weise handelt es sich um ein angeboren leichtes Cere-

ne Hirnatrophie.

rn	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
75	110	20	8,7	—	1350	16	Etwas Ependymitis granularis H trächtliche Gliawucherung, beso ders in der Molekularschicht d Kleinhirnes, weniger in dess Marksubstanz. Geringe tabisc Hinterstrangerkrankung.
–	120	—	7,0	—	1200	15	Lumbalmark leichte tabische D generation.
55	135	30	6,8	—	1350	16	Keine Ependymgranulierung. Leichte tabische Hinterstrangv änderung.
30	140	30	6,9	—	1430	16	Keine Ependymgranulierung oc zerebrale Arteriosklerose.
94	165	30	7,0	–	1525	10	—
–	165	—	7,2	–	1630	13	—
–	170	—	7,7	–	1770	13	Leichte Hinterstrangerkrankung oberen Halsmark.

Digitized by Google

bellum oder aber um eine infektiöse Schwellung vorwi
Großhirnhemisphären. In diesen Fällen würde die Ke
Schädelkapazität entscheiden. Eine isolierte Schwe
Kleinhirnes als Folge einer Infektion anzunehmen
Nr. 12 und 13, Tabelle 1), liegt zunächst kein Grund
wird sich hierbei wohl um von jeher so schwere Kleinhirn

In den folgenden Tabellen 3 und 4 sind Kleinhir
zahlen gebracht von Kranken mit paralytischer und senil

Tabelle 4. Normaler Quotient

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
1	Pfrang, Katharina	88	145	36	4.0	Dementia senilis	Außer mäßig starke keine Bewegungsstö herum.
2	Kunz, Margarete	75	142	28	5.0	do.	Taumeliger Gang. La
3	Forst, Johann	80	156	46	3,4	do.	Starkes Zittern am ga
4	Schenkel, Joseph	78	—	—	—	Senium, alte Dem. praecox	—
5	Haßfurter, Kunigunde	69	147	26	5.6	Dementia senilis	Keine organischen Be Nur zuweilen Zitter bettlägerig. Stirbt
6	Rüger, Marie	51	152	40	3,8	Hämorrhagia cerebri	Alte Hämorrhagie. Re gelähmt. Aphasie.
7	Schwarz, Barbara	79	143	39	3.6	Dementia senilis	Keine Bewegungsstöru
8	Geißler, Anna	72	159	34	4.7	do.	Außerordentlich starl wenig Tremor und

Digitized by Google

Erweichungsherden usw., — also Krankheiten, die mit ierenden Prozessen einhergehen können. Eine stärkere, Gewicht nachweisbare universelle Hirnatrophie fehlt den Gehirnen beider Tabellen, da die Schädelkapazität irngewicht sich in einem normalen Verhältnis befinden. roß-Kleinhirnquotient sich ebenfalls innerhalb der als zusehenden Grenzen bewegt, ist man berechtigt, auch rkere Kleinhirnatrophie anzunehmen. Der Quotient ist

ohne Hirnatrophie.

	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
)	100	20	8,0	—	1200	16	Arterienatherom. Erweichungsher im linken Okzipitallappen.
	100	20	8,2	—	1100	11	—
)	110	20	8,5	—	1300	13	Starkes Arterienatherom. Kein Ependymitis granularis.
)	110	55	8,9	—	1430	16	do.
	115	23	7,2	—	1150	12	Kein Atherom.
	115	30	8,2	—	1350	16	Herd in der linken Hemisphär Kein stärkeres Atherom.
	130	25	8,0	1416	—	12	Sehr geringes Atherom.
)	135	30	7,0	—	1300	14	Sehr geringes Atherom. Vereinze etwas Gliawucherung in der Mole kularschicht und etwas perivasku läre Gliose im Mark des Klein

bellum oder aber um eine infektiöse Schwellung vorw
Großhirnhemisphären. In diesen Fällen würde die Ke
Schädelkapazität entscheiden. Eine isolierte Schwe
Kleinhirnes als Folge einer Infektion anzunehmen
Nr. 12 und 13, Tabelle 1), liegt zunächst kein Grund
wird sich hierbei wohl um von jeher so schwere Kleinhirn

In den folgenden Tabellen 3 und 4 sind Kleinhir
zahlen gebracht von Kranken mit paralytischer und seni

Tabelle 4. Normaler Quotient

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
1	**Pfrang, Katharina**	88	145	36	4.0	Dementia senilis	Außer mäßig starke keine Bewegungsstö herum.
2	Kunz, Margarete	75	142	28	5.0	do.	Taumeliger Gang. L
3	Forst, Johann	80	156	46	3,4	do.	Starkes Zittern am g
4	Schenkel, Joseph	78	—	—	—	Senium, alte Dem. praecox	—
5	Haßfurter, Kunigunde	69	147	26	5.6	Dementia senilis	Keine organischen B Nur zuweilen Zitte bettlägerig. Stirbt
6	Rüger, Marie	51	152	40	3,8	Hämorrhagia cerebri	Alte Hämorrhagie. Re gelähmt. Aphasie.
7	Schwarz, Barbara	79	143	39	3.6	Dementia senilis	Keine Bewegungsstör
8	Geißler, Anna	72	159	34	4.7	do.	Außerordentlich star wenig Tremor und

Digitized by Google

Erweichungsherden usw., — also Krankheiten, die mit hierenden Prozessen einhergehen können. Eine stärkere, s Gewicht nachweisbare universelle Hirnatrophie fehlt den Gehirnen beider Tabellen, da die Schädelkapazität irngewicht sich in einem normalen Verhältnis befinden. Groß-Kleinhirnquotient sich ebenfalls innerhalb der als zusehenden Grenzen bewegt, ist man berechtigt, auch rkere Kleinhirnatrophie anzunehmen. Der Quotient ist

ohne Hirnatrophie.

	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
)	100	20	8,0	—	1200	16	Arterienatherom. Erweichungsher im linken Okzipitallappen.
	100	20	8,2	—	1100	11	—
)	110	20	8,5	—	1300	13	Starkes Arterienatherom. Kein Ependymitis granularis.
)	110	55	8,9	—	1430	16	do.
5	115	23	7,2	—	1150	12	Kein Atherom.
2	115	30	8,2	—	1350	16	Herd in der linken Hemisphär Kein stärkeres Atherom.
5	130	25	8,0	1416	—	12	Sehr geringes Atherom.
)	135	30	7,0	—	1300	14	Sehr geringes Atherom. Vereinze etwas Gliawucherung in der Mol kularschicht und etwas perivask läre Gliose im Mark des Klei

bellum oder aber um eine infektiöse Schwellung vorwi
Großhirnhemisphären. In diesen Fällen würde die Ke
Schädelkapazität entscheiden. Eine isolierte Schwe
Kleinhirnes als Folge einer Infektion anzunehmen
Nr. 12 und 13, Tabelle 1), liegt zunächst kein Grund
wird sich hierbei wohl um von jeher so schwere Kleinhirn

In den folgenden Tabellen 3 und 4 sind Kleinhir
zahlen gebracht von Kranken mit paralytischer und senil

Tabelle 4. Normaler Quotient

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
1	Pfrang, Katharina	88	145	36	4,0	Dementia senilis	Außer mäßig starke keine Bewegungsstö herum.
2	Kunz, Margarete	75	142	28	5.0	do.	Taumeliger Gang. La
3	Forst, Johann	80	156	46	3,4	do.	Starkes Zittern am g
4	Schenkel, Joseph	78	—	—	—	Senium, alte Dem. praecox	—
5	Haßfurter, Kunigunde	69	147	26	5,6	Dementia senilis	Keine organischen Be Nur zuweilen Zitter bettlägerig. Stirbt
6	Rüger, Marie	51	152	40	3,8	Hämorrhagia cerebri	Alte Hämorrhagie. Re gelähmt. Aphasie.
7	Schwarz, Barbara	79	143	39	3.6	Dementia senilis	Keine Bewegungsstöru
8	Geißler, Anna	72	159	34	4.7	do.	Außerordentlich starl wenig Tremor und

Digitized by Google

Erweichungsherden usw., — also Krankheiten, die mit hierenden Prozessen einhergehen können. Eine stärkere, s Gewicht nachweisbare universelle Hirnatrophie fehlt den Gehirnen beider Tabellen, da die Schädelkapazität Hirngewicht sich in einem normalen Verhältnis befinden. Groß-Kleinhirnquotient sich ebenfalls innerhalb der als nzusehenden Grenzen bewegt, ist man berechtigt, auch rkere Kleinhirnatrophie anzunehmen. Der Quotient ist

ohne Hirnatrophie.

n	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
0	100	20	8,0	—	1200	16	Arterienatherom. Erweichungshe im linken Okzipitallappen.
	100	20	8,2	—	1100	11	—
0	110	20	8,5	—	1300	13	Starkes Arterienatherom. Kei Ependymitis granularis.
0	110	55	8,9	—	1430	16	do.
5	115	23	7,2	—	1150	12	Kein Atherom.
2	115	30	8,2	—	1350	16	Herd in der linken Hemisphä Kein stärkeres Atherom.
5	130	25	8,0	1416	—	12	Sehr geringes Atherom.
0	135	30	7,0	—	1300	14	Sehr geringes Atherom. Vereinz etwas Gliawucherung in der Mo kularschicht und etwas perivask läre Gliose im Mark des Klei

einigemal hoch (8,7, 8,9) oder tief (6.8) und erreicht
Zahlen die äußeren Grenzen des normalen Groß-Kleinhirn
Man wird diese Fälle als Übergänge zu den pathologischen
verhältnissen ansehen dürfen.

Weniger starke atrophische Vorgänge im Kleinhi
20 g) drücken sich, wie oben gezeigt, in dem Groß-
quotienten unter Umständen nicht aus. Denn je höhe
solute und relative Kleinhirngewicht war, um so wen
bei isolierter Kleinhirnatrophie, der Quotient anorma
Die Kranke Nr. 1 auf Tabelle 3 hätte ebensogut ein
von 130 g haben können mit dem Quotienten 7,4; sie ha
auch vor Beginn der Paralyse ein schwereres Kleinhi
als bei der Sektion. Es ist jedenfalls sehr bemerkens
die Kranke nicht bloß klinisch sehr starke Ataxie hat
durch die Intensität der Rückenmarkskrankheit nicht
erklärt wurde, sondern auch anatomisch eine beträchtli
logische Gliawucherung, die jedenfalls auf eine stärkere E
des Kleinhirns hinwies. Hat diese Kranke also eine
atrophie gehabt, so sind ihre bei der Sektion gefunde
gewichtszahlen ein Beweis dafür, daß sich unter Umstä
mäßig starke, aber eventuell klinisch schon Symptome
Kleinhirnatrophie nicht immer in einem abnorm hohen
auszudrücken braucht. —

Über einen möglichen bezw. wahrscheinlichen Zusa
zwischen Kleinhirnschwund und Bewegungsstörungen
noch die Rede sein. Im allgemeinen eignen sich
nicht für das Studium dieser Frage wegen der nebe
fälligen zerebellaren gewöhnlich auch bestehenden zere
spinalen Erkrankung. Wenn z. B. Paralytiker aus spi
zerebralen Gründen die stärksten Bewegungsstörungen
wenn sie über Jahr und Tag keinen Schritt mehr ha
können, so braucht deshalb das Kleinhirn nicht irgen
phisch gefunden zu werden. Auch geht hieraus herv
eine „Inaktivitätsatrophie" des Kleinhirnes in diesem Si
falls nicht gibt.

Digitized by Google

Die Personen der Tabelle 4, größtenteils im Gre

quotienten hoch (8,0 und mehr). Dies könnte also zu-
n Sinne des oben zitierten *Weisbach*schen Satzes sprechen,
kleinen Menschen das Kleinhirn auch relativ leichter und
t, im Verhältnis zum Großhirn, als bei großen Menschen.
hierbei zu berücksichtigen, daß unsere alten Personen
lle 4 fast durchweg mehr oder weniger starke Alters-
gen der Wirbelsäule gehabt haben, wodurch sie kleiner
n. Hiermit wächst aber auch die Merkwürdigkeit der
eines leichten Kleinhirns bei alten Leuten. Es ist
denkbar, daß bei der senilen Hirnerkrankung, die ja
en auch zum Schwund des Gesamthirnes führt, häufig,
h nicht mit gesetzmäßiger Regelmäßigkeit, das Kleinhirn
d stärker atrophiert, als das Großhirn, und daß das
tern, die statische Koordinationsstörung und das öfters
htende Intentionswackeln der alten Leute mit Kleinhirn-
ngen zusammenhängen, die bei längerem Bestehen und
Intensität gewiß auch zu nachweisbarem Kleinhirnschwund
önnen. Dementsprechend finden sich auch bei einigen
Kranken auf Tabelle 4 solche Bewegungsstörungen an-

das Kleinhirn im Greisenalter besonders an Gewicht
betont auch *Weisbach*. Indes leiden doch die Grund-
seinen Ausführungen an erheblichen Mängeln: es fehlt
genaue Angabe der Körpergröße und der Schädelkapazität
erner ist noch folgendes denkbar: Wenn es wirklich das
Verhalten ist, daß kleine Personen auch kleinere Ge-
(und somit Kleinhirne) haben, als große Personen, so
ie kleineren Durchschnittszahlen für die Kleinhirngewichte
auch dadurch sich erklären lassen, daß überhaupt mehr
grazil gebaute Menschen ein höheres Alter erreichen,
und robust gebaute.

m sei nochmals betont, daß die obige Annahme: Das
önne zu einer besonderen Kleinhirnverkleinerung führen,
t als bewiesen angesehen werden darf, sondern nur als
eit zu betrachten ist. Die andere Möglichkeit, daß unsere

Google

die histologische Betrachtung des Kleinhirns, speziell
wucherung, zur Entscheidung herangezogen werden dar
weitere Untersuchungen lehren.

Am Schlusse dieser Tabellen über Kleinhirngew
normalem Quotienten und normaler Differenz des Hirn
zur Schädelkapizität, sei noch kurz auf die Kleinhirng
bei Kindern eingegangen. Über dieselben besitzt
keine eigenen Wägungen. Doch ergibt sich aus dem vor
veröffentlichten Material die meines Wissens zuerst von
betonte und gebührend hervorgehobene überraschende
daß zwar beim neugeborenen Kind (Quotient $\frac{\text{Gro}}{\text{Klei}}$
schwankt zwischen 11,0 und 18,0) das Kleinhirn im
zum Großhirn noch sehr klein ist, daß aber schon
ersten 9 Lebensmonaten das Kleinhirn bedeutend s
wächst, als es dem Wachstum des Großhirns ent
so daß im 9. und 10. Lebensmonate der Groß-Kl
quotient bereits die für den Erwachsenen norm
8,5 bis 7,5 erreicht, die dann, sofern nicht krankl
änderungen im Gehirn eintreten, das Leben hindurch
Beginn des Greisenalters konstant bleibt. Bert
man die außerordentlich wichtige Rolle, welche zweifellos
hirn zufällt bei der Aufrechterhaltung des Körpergleich
bei dem regelrechten Ablauf, der Stärke und Präzision in
und koordinierter Bewegungen, so kann wohl kaum ei
darüber obwalten, daß das besonders niedrige Kleinhi
des Neugeborenen in Zusammenhang steht mit der U
des Neugeborenen, zu gehen und zu stehen, sowie ande
ziertere koordinierte Bewegungen auszuführen. Das a
nicht im Verhältnis zur langsameren Vergrößerung des
stehende, Kleinhirnwachstum in den ersten 9 Lebensmo
Kindes ist dagegen ein Anzeichen für die nunmehr

Digitized by Google

[1]) *Pfister*, Arch. f. Kinderheilk. Bd. 23. Neurol. Zentralbl. 19

des Zentralnervensystems, komplizierte Bewegungen zu

leicht besteht ein ähnlicher Parallelismus zwischen Klein-
cht (im Verhältnis zu seinem Großhirn) und der vorhan-
der fehlenden Fähigkeit des Laufens kurz nach der Ge-
h bei den Säugetieren, soweit man aus den bis jetzt
den Wägungen[1]) schließen darf. Dann hätten Tiere,
irekt nach der Geburt schon laufen können, ein ver-
ßig schwereres Kleinhirn und einen kleineren, dem be-
erwachsenen Tiergehirn näherstehenden Groß-Kleinhirn-
n, als Tiere, welche das Laufen erst später erlernen. So
neugeborene Schwein mit 6,6 fast den gleichen Groß-
quotienten, wie das erwachsene (6,2). Dementsprechend
eugeborene Ferkel schon sehr regsam und läuft überall
m Gegensatz hierzu hat das neugeborene Lamm, welches
gar nicht laufen kann und erst nach 4 bis 6 Wochen
ichkeit im Laufen erreicht, bei der Geburt den Groß-
quotienten 11,0, während das erwachsene Schaf hingegen
lchen von 6,5 hat. Weitere derartige systematische
n bei Tieren sind jedenfalls sehr erwünscht.

r Groß-Kleinhirnquotient bei allgemeiner Hirn-verkleinerung.

so wie auf den beiden vorhergehenden Tabellen sind auch
e 5 und 6 Hirngewichte zusammengestellt von Personen,
ralyse. Dementia senilis, Erweichungsherden usw. gelitten
i denen aber eine stärkere Hirnverkleinerung nach-
st. Von den 36 Kranken beider Tabellen haben 29 eine
zwischen Kapazität und Hirngewicht von 20 bis 37%.
Personen bleibt diese Differenz zwischen 17 und 19%,
en, die vielleicht ebenfalls schon als krankhaft angesehen
üssen. Demnach sind die Gesamthirngewichte durchweg
ämtlich unter 1300), ebenso größtenteils die absoluten
gewichte; auf Tabelle 5 ist z. B. kein Kleinhirn von

Digitized by Google

[1]) *Burdach*, Anatomie comparée du système nerveux. Paris. 1839. I.

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
1	Veit, Therese	17	140	19	7,4	Fried-reichsche Tabes	Normale Pupillen. N Artikulationsstörung che). Grober Inte Keine Patellarreflex Muskeln und Gele gemeiner Tuberkulo
2	Moser, Anna	45	153	35	4,4	Paralyse	Ophthalmoplegia int Skandierende Sprac Intentionstremor. Spastisch. Beugek
3	Friedlein, Regina	44	—	44	—	do.	Monoplegie des link Anfälle. Ataxie.
4	Weiß, Konrad	41	165	50	3,3	do.	Epileptiforme Anfälle. Spastisch. Pupillens lang vor dem Tode
5	Voll, Rosa	36	153	50	3,1	do.	Opticusatrophie. Spra Dabei spastisch.
6	Hohmann, Valentin	67	165	46	3,6	do.	Spastisch. Astasie-A vor dem Tode.
7	Eussner, Franz	55	—	57	2,7	do.	Rechtsseitig gelähmt. Anfälle. Lag imme Buder, Zeitschr. f. P
8	Falken-stein, Marie	57	160	35	4,6	do.	Beugekontrakturen.
9	Preller, Ferdinand	34	—	—	—	do.	—
10	Uhl, Marie	44	159	35	4,5	do.	Spastisch. Zuletzt st

Digitized by Google

m i t Hirnatrophie.

n	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädel-inhalt mut-maßlich	Schädel-inhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
-	85	20	7,1	—	1100	32	Keine Ependymgranulationen. Ab etwas Pachymeningitis hämorrha Hydrocephalus externus. Im G hirn großenteils völliger Verlu der Markscheiden, bei erhalten Achsenzylindern. Diffuse Glios auch im Kleinhirn. Im Rückenma Bild der Friedreichschen Tab
0	95	25	7,3	—	1220	32	Ependymgranulationen. Leich Hinter- u. Seitenstrangaufhellun
-	100	—	7,5	—	1150	22	—
8	106	27	7,7	1600	—	37	Ependymgranulationen.
-	106	25	7,0	—	1200	26	—
-	108	—	7,7	—	1300	23	Ependymgranulationen. Stark Atherom der Gehirngefäße. Mäß starke Tabes cervicalis.
6	117	30	6,9	—	1600	35	Ependymgranulationen. Die d linken leichten Großhirnhen sphäre gekreuzte rechte Kleinhir hälfte wog 26 g leichter als d linke Kleinhirn! Gliawucheru im Kleinhirn. Seiten- und Hinte strangdegeneration im Rücke mark.
9	115	25	7,4	—	1360	21	—
-	115	—	6,8	—	1250	25	—
3	120	30	7,2	—	1300	19	Vorder- und Seitenstrangdegen ration.

Digitized by Google

Tabelle 3 (Fortsetzung). Normale

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
11	Mittnacht, Kaspar	44	162	47	3,5	Paralyse	Spastisch. Starkes Z
12	Sauer, Katharina	54	—	32	—	Paralyse? Arterioskl. Demenz?	Mehrere Insulte, link
13	Metz, Rosine	52	154	48	3,2	Paralyse	Viele Anfälle. Pupi
14	Frankenberger, Kaspar	67	155	48	3,3	do.	Normale Pupillen. reflexe. Zerebellar lage keine stärker rungen. Sonst k ptome.
15	Hofmann, Anna	44	166	50	3,3	do.	Spastisch. Plumper auffallenden Beweg pillenstarre.
16	Bandorf, Stephan	70	—	—	—	do.	Tabes. Stirbt interk karzinom.
17	Sinner, Charlotte	44	152	47	3,2	do.	Spastisch. Pupillens
18	Fischer, Ernst	48	163	43	3,8	do.	Pupillenstarre. Norm Zittern. Astasie, A
19	Beuschlein, Apoll.	56	150	31	5,0	do.	In der Klinik nur vit
20	Endres, Adam	53	—	—	—	do.	—
21	Kess, Peter	63	165	45	3,7	do.	Normale Patellarref wochenlang weder Sehr ataktisch.
22	Schaller, Sebastian	54	171	55	3,1	do.	Pupillenstarre. Links

140 g mehr anzutreffen. Der Groß-Kleinhirnquotie sich aber in durchaus normalen Grenzen: nur 5 mal

rn	Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädel-inhalt mut-maßlich	Schädel-inhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
9	120	20	6,9	1400	—	29	Degenerationen in Hinter- und Seite Vordersträngen.
5	120	20	7,1	—	1300	21	—
2	120	30	8,2	—	1600	25	Starke Ependymgranulationen u Atheromatose der Hirngefäß Starke Tabes lumbalis.
0	120	25	7,8	—	1530	24	Keine Hinterstrangdegeneration.
5	127	25	7,0	1400	—	28	LeichteHinterstrang-, stärkereSeite Vorderstrangdegeneration.
-	125	25	7,2	—	1550	29	Tabes.
9	130	30	7,1	1420	—	24	Kombinierte Seiten-Hinterstran erkrankung.
8	130	25	7,2	—	1530	24	—
8	130	25	7,0	—	1350	19	—
6	130	25	8,0	—	1600	23	—
3	135	30	7,9	—	1600	20	Starke Atheromatose der Gehi gefäße.
5	135	30	7,0	—	1550	27	—

weise zwischen 7,0 und 8,5 schwankt und unter Um-
wie oben auseinandergesetzt, eine Kleinhirnatrophie bis

Digitized by Google

braucht, so läßt sich aus den Quotienten der Tabelle
nicht ohne weiteres ersehen, ob die Groß-Kleinhirnatr
monisch vor sich gegangen ist, oder ob die Atrophie
resp. Kleinhirnes überwog. Das mag folgendes Beispi
machen: Bei einem Kleinhirngewicht von 130 g und de
7,0 würden die Großhirnhemisphären 910 g und das
hirn etwa 1100 g, — bei einem Quotienten von 8,5 hinge
Großhirnhemisphären) 1100, bezw. (das ganze Gehir
wiegen; das bedeutet einen Unterschied von rund 200
also ein Gehirn von 1300 g und einer Schädelkap
1500 cbcm (= 14% Differenz zwischen beiden, was
normal groß ist) ein 130 g schweres Kleinhirn besäße,
bei 200 g Großhirnschwund zwar eine Differenz zwischen
und Hirngewicht von 27%, aber noch immer den an
pathologischen Groß-Kleinhirnquotienten von 7,0.

Nun stellt aber dieses Beispiel besonders günstige V
dar, die in der Mehrzahl der tatsächlich vorkommen
nicht zutreffen. Dem Beispiel am nächsten kommen w
Gewichtszahlen der Tabelle 5 und 6, wo bei relativ ho
luten Kleinhirngewicht (130, 140) und bei großer Differen
Kapazität und Hirngewicht der Groß-Kleinhirnquotient
bei 7,0 liegt. Je mehr dieser Quotient sich 8,0 näher
lich bei sehr niedrigem absoluten Kleinhirngewicht, des
wird, bei großer Differenz zwischen Kapazität und H
eine isolierte Großhirnatrophie anzunehmen sein. Bei
hirnen der Tabellen 5 und 6 handelt es sich demnac
mehr oder weniger harmonische Groß-Kleinhirn
Eine solche darf aber auch angenommen werden bei sehr
absoluten Kleinhirngewicht und großer Differenz zwischen
und Hirngewicht, auch wenn der Groß-Kleinhirnquotie
liegt. In No. 1 der Tabelle 5 hätte das Gesamthirn ohn
etwa 970 g, und das Kleinhirn (bei Quotient 8,8)
Quotient 7,0 aber 135 g wiegen müssen, so daß also
eine, auch histologisch wahrscheinlich gemachte, sehr be
Kleinhirnatrophie vorlag. Eine hochgradigere Kleinh
bei starker Großhirnatrophie ist für viele Fälle wohl

Digitized by Google

einhirnatrophie, bei einseitiger Großhirnatrophie beweist
, Tabelle 5, beschrieben von *Buder*.)[1])
also ein großer Teil der Kleinhirne speziell auf Tabelle 5
der weniger atrophisch anzusehen. Der auch hier mög-
and, daß die leichten Kleinhirne angeboren so leicht
ien, wird bei einigen wenigstens durch die starken
Veränderungen (sehr starke Gliose usw.) sehr un-
ich. Es ist überhaupt durch die histologische Unter-
chgewiesen, daß bei der Paralyse das Kleinhirn eben-
ets gewebliche Veränderungen zeigt, wenn auch meist
erem Grade, als das betreffende Großhirn.[2]) Bis zu
ssen Grade läßt sich auf Tabelle 5 das stärkere Be-
es Großhirnes bei Paralyse herauslesen aus dem mehr
enden Groß-Kleinhirnquotienten. Es ist also der Zähler
klein, d. h. das Großhirn relativ atrophischer als das
Daß das Kleinhirn in selteneren Fällen auch bedeutend
ranken kann (soweit man aus der Atrophie schließen
später noch besonders zu erwähnen sein.
un die klinischen Symptome betrifft, so ist be-
t. daß eine Anzahl Kranker spezifische Kleinhirnsymp-
die wohl ohne weiteres auf die Kleinhirnatrophie mit-
rden dürfen. Solche Symtome, speziell die cerebellare
n wahrscheinlich gerade bei den Kranken der Tabelle 5
ößerer Anzahl nachzuweisen gewesen, wenn sie nicht
Blödsinn, den terminalen Marasmus usw. verdeckt und
rsuchung unzugänglich gemacht worden wären. Neben-
auch bemerkt, daß nicht jede mit der Wage nachweis-
rnatrophie spezifische Kleinhirnsymptome im Gefolge zu
ht; denn es können speziell in den Kleinhirnhemisphären
zerstört sein, ohne spezifische klinische Symptome.
st die Koinzidenz zwischen Kleinhirnsymptomen und
rophie eine Aufforderung, auch den Kleinhirnge-
er Paralytiker, im Verhältnis zum zugehörigen Groß-
nter Berücksichtigung der Schädelkapazität Beachtung
n.

Digitized by Google

m. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 60 S. 534.

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
1	Barthelmeß, Anna	68	152	34	4,5	Haemorrhag. cerebri	Hemiplegie links. spastisch.
2	Günkel, Rosalie	83	ca. 155	—	—	Epilepsie	Wirbelsäulenverbiegu nungsnarbe. Seit Tode kaum mehr
3	Greger, Kaspar	91	168	49	3,4	Dementia senilis	Erst einige Wochen v gestört. Zittern.
4	Behr, Rosine	78	135 (Kyphose)	34	4,0	do.	Keine besonderen Be
5	Ebert, Barbara	76	151	35	4,3	Senile Melanch.	do
6	Dorsch, Joseph	65	173	75	2,3	Haemorrhag. cerebri	4 Hämorrhagien. He Aphasie usw.
7	Herold, Johann	81	157	48	3,3	Dementia senilis	Paraplegie, keine Pa
8	Söllner, Adam	86	140	46	3,0	Kretinismus	In den letzten Lebe süchtig. Ohne be störungen.
9	Schliermann, Margarete	81	148 (Kyphose)	40	3,7	Dementia senilis	Ohne spezifische Be
10	Stößer, Jakob	79	158	51	3,1	do.	Keine besonderen Be
11	Huber, Magdal.	61	152	32	4,7	—	Hemiplegie links. S
12	Göbel, Jakob	81	—	—	—	Dementia senilis	—
13	Schüpfer, Andreas	69	—	39	—	Haemorrhag. cerebri	Moribund eingeliefert
14	Will	58	161	61	2,6	Nephritis	Oft urämische Anfälle

Digitized by Google

it Hirnatrophie.

Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt in % dividiert durch Hirngewicht	Anatomisches
95	22	8,2	1245	—	25	Starkes Arterienatherom im Gehirn. In beiden Hemisphären viele kleine Erweichungsherde.
105	30	8,3	1350	—	21	Arterienatherom im Gehirn. Hydrozephalus. Erweichungsherd im rechten Occipitalhirn.
105	30	7,8	—	1230	20	Starkes Arterienatherom im Gehirn.
110	25	8,0	—	1350	21	do.
110	20	8,0	1230	—	17	do.
120	30	8,3	—	1500	18	do. 4 Erweichungsherde vorwiegend links.
120	35	7,2	—	1350	19	Starkes Atherom der Gehirnarterien.
120	30	7,5	—	1400	20	do.
125	30	6,9	—	1350	19	—
130	35	7,4	—	1620	25	Starkes Atherom der Gehirnarterien.
130	30	7,8	—	1500	22	do.
140	25	7,4	—	1550	21	do.
140	30	7,1	—	1500	17	Wenig Arterienatherom.
140	30	6,8	1540		26	Sehr starkes Atherom der Gehirnarte-

Digitized by Google

Bezüglich der Unterschiede der Tabellen 5 und 6 se
hervorgehoben, daß die Kranken mit Paralyse oft höhere
zahlen zwischen Kapazität und Hirngewicht aufweiser
Senildementen, was auf eine stärkere Großhirnatrophie be
hinweist, und zweitens, daß die Paralytischen auch
niedrigem Kleinhirngewicht ihren Groß-Kleinhirnquotier
bei 7,0 haben, die Senilen (Tab. 6, No. 1 bis 6) mehr be
ebenfalls sowohl für eine stärkere Großhirnatrophie be
spricht, als auch zugunsten der weiter oben (S. 20
sprochenen Vermutung angeführt werden könnte, daß
Senilen das Kleinhirn einem relativ stärkeren Schwun
fällt, als das Großhirn.

Wenn somit bei Paralyse und Dementia senilis mit
lichem Schwund des Gesamthirnes doch das Verhältnis
hirnes zum Kleinhirne durchaus das gleiche bleiben ka
auch im normalen angetroffen wird, so kommen ander
diesen Krankheiten auch erhebliche Abweichungen
Kleinhirnquotienten von den als normal geltenden Z
sei es, daß der Quotient zu klein oder zu groß wird.
wird man sich, wie früher schon hervorgehoben, frage
ob die zum abnorm niedrigen oder hohen Quotienten
Anomalie durch eine erst im späteren Leben interkurr
getretene Gehirnkrankheit veranlaßt wurde, bei einem frü
proportionierten Gehirn, oder durch angeborene fehler
lage, mangelhafte Entwicklung oder in frühester Kindheit
Defekte (Porenzephalie usw.).

Groß-Kleinhirnquotient zu niedrig.

Der Groß-Kleinhirnquotient kann zu klein sein

1. weil der Zähler zu klein ist.

a) durch überwiegende Großhirnatrophie (Paralyse,
senilis usw.);

b) durch angeborene (oder in frühester Jugend
Kleinheit des Großhirnes (Mikrozephalie, Porenzephalie

Digitized by Google

en der Nenner zu groß ist,
urch Tumoren, Schwellung usw. des Kleinhirnes;
urch angeboren abnorme Größe;
urch Kombination beider).

folgenden Tabellen 7 und 8 bringen abnorm niedrige
hirnquotienten infolge zu kleinen Großhirnes. Bei den
alen (Tabelle 9) könnte man im Zweifel sein, ob man
mit großem Kleinhirn, als zu kleinem Großhirn zu
—

utungen überwiegender Großhirnatrophie waren schon
nen Gehirnen der Tabelle 5 zu erkennen; in erheblich
Grade finden sie sich nun auf Tabelle 7. Die absoluten
ewichte dieser letzten Tabelle sind dabei bedeutend höher,
abelle 5. Während es sich also dort um eine mehr
he Groß-Kleinhirnatrophie handelt, ist hier ganz vor-
und ausschlaggebend das Großhirn atrophiert, ohne daß
r bestimmte zum Kleinhirn führende Verbindungen der
ion stärker anheimgefallen wären. Ob nun sämtliche Klein-
Tabelle 7 auch wirklich von jeder, wenn auch geringen
verschont geblieben sind, d. h. ob das bei der Sektion
Kleinhirngewicht dem Kleinhirngewicht vor Beginn der
gleicht, ist nicht mehr zu entscheiden, aber auch nicht
rscheinlich. Bei einigen derselben ist eine mehr oder
tarke Kleinhirnatrophie sehr wohl möglich, zum Beispiel,
isch starke ataktische Störungen beim Gehen und Stehen
ohne entsprechende spinale Erkrankung. Nimmt man
ie Kleinhirne der Tabelle 7 von jeder Atrophie verschont
sind, so würden sich (mit Ausnahme der Kranken Nr. 10
neist noch normale Groß-Kleinhirnquotienten ergeben,
n sich unter Zugrundelegung der Schädelkapazität das
des gesamten nicht atrophischen Gehirnes berechnet.
er das betreffende Kleinhirn ebenfalls einer, wenn auch
gen Atrophie anheimgefallen wäre, würde die gleiche
g ergeben, daß z. B. bei den Gehirnen 1 bis 3, 6 und
manchem anderen, ohne Großhirnatrophie doch der
6,5 bis 7,0 nicht erreicht würde, mithin, daß diese

Digitized by Google

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
1	Hubert, Kreszenz	40	147	40	3,7	Paralyse	Pupillenstarre. Spastis thrie. Monoplegie
2	Günther, Anna	44	158	42	3,8	do.	Sprachstörung. Spasti Kann monatelang n
3	Benkert, Therese	55	155	35	4.4	do.	Tabes. Viele Spontan
4	Grünsfelder, Babette	48	155	31	5,0	do.	Tabes.
5	Löhr, Georg	47	160	43	3,7	do.	Zervikale Tabes. Ata
6	Winter, Franz Joseph	22	130	16	8.1	Juvenile Paralyse	Pupillenstarre. Spasti Körperlich zurückg Abmagerung.
7	Wellhöfer, Michael	44	165	53	3,1	Paralyse	Keine auffallenden stä kommenden Bewegu Sprachstörung.
8	Braun, Philomene	34	165	34	5,0	do.	Tabes. Starke Sprach
9	Huppmann, Dorothea	47	166	34	4,9	do.	Pupillenstarre. Norm Keine auffallendere
10	Ritzler, Anna	47	130	39	3,3	do.	Idiotisch. Pupillens Sprache. Stark tau
11	Lang, Joseph	52	—	46	—	do.	Tabes. Starke Sprach
12	Krampert, Barbara	42	153	43	3,6	do.	Spastisch. Starke Ko thrie.
13	Raum, Georg	58	173	61	2,8	do.	Tabes.
14	Keß, Barbara	35	156	61	2,5	do.	Pupillenstarre. Spastis Stirbt im Frühstadi

Digitized by Google

Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
115	25	5,2	—	1200	32	Starke Ependymgranulationen.
120	30	6,2	—	1150	17	Leichte Seitenstrangdegeneration.
125	35	5,0	—	1200	28	Generalisierte Tabes.
130	20	6,4	—	1310	22	Sehr starke Hinterstrangdegeneration. Starke Tabes.
130	30	6,4	1342	—	21	Ependymgranulationen. Starke Tabes cervicalis.
130	25	5,3	—	1240	27	150 g Hydrocephalus internus Starke Seiten- und Hinterstrangerkrankung.
130	45	5,7	1323	—	26	Rückenmark fast intakt.
135	—	5,7	—	1320	24	Etwas Ependymgranulierung.
135	30	6,3	—	1330	19	—
140	35	4,8	—	1200	25	—
140	30	6,0	—	1400	24	—
140	25	6,4	1430	—	23	Ependymgranulierung.
145	25	6,0	1530	—	28	Starke tabische Hinterstrangerkrankung.
145	25	6,3	1380	—	17	—

Digitized by Google

Tabelle 7 (Fortsetzung). Groß-Kleinhirnquotient

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
15	Hessel-bach, Margarete	28	144	28	5,1	Paralyse	Infantiler Habitus. N im Fazialisgebiet. tionstremor in Arm seit 1½ Jahren nic Patellarreflexe norm
16	Dürr, August	33	165	50	3,3	do.	Spastisch. Ataktisch.
17	Kimmel, Andreas	51	150	74	2,0	do.	Spastisch. Anarthrie.
18	Hollen-berger, Andreas	43	164	54	3,0	do.	Pupillenstarre. Spast turen. Seit 1 Jahr mehr gegangen.
19	Uebelein, Apollonia	37	158	55	2,9	do.	Spastisch. Taumelig Sprachstörung.
20	Schnarren-berger, Friedrich	49	163	68	2,4	do.	Ohne stärkere, in E Bewegungsstörunge
21	Kraft, Georg	55	177	59	3,0	do.	Spinale Kinderlähmu Pupillen träge. Pa
22	Brand, Georg	50	161	38	4,5	do.	Kann monatelang v stehen.

Tabelle 8. Groß-Kleinhirnquoti

1	Roth, Anna	83	—	—	—	Dementia senilis	—
2	Barten-stein, Anna	72	145	36	4,0	Multiple Erwei-chungen	Verschiedene Schlaga rung. Demenz. Ka nicht mehr spontan
3	Edelmann, Susanne	68	—	37	—	Dementia	Beugekontraktur der Beinen nichts Spas seitiges.
4	Hartling,	72	153	35	4,4	Dementia	Maximaler Blödsinn. K

Digitized by Google

hirnatrophie.

Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
145	30	4,7	—	1130	22	—
150	25	6,2	1540	—	26	Ependymgranulierung im 4. Ventrikel. Tabische Hinterstrangdegeneration.
150	40	6,0	—	1490	23	—
150	35	5,7	1430	—	21	Starke Ependymgranulierung. Mittelstarkes Gehirnarterienatherom. Tabes u. Seitenstrangerkrankung.
135	35	5,9	unbekannt			Ependymgranulierung.
160	35	6,7	—	—	—	—
175	30	5,7	—	—	—	Rechte und linke Hälfte des Kleinhirnes gleich groß.
180	—	6,0	—	—	—	—
senilis usw.						
120	20	6,5	—	1250	22	—
125	20	6,6	—	—	—	Hämorrhagische Erweichungsherde in beiden Streifenhügeln, ferner in beiden Kleinhirnhemisphären (Unterseite), z. T. auf den Unterwurm übergreifend.
130	30	5,5	—	1200	26	Starke zerebrale Arteriosklerose.
130	25	5,7	—	—	—	Wenig Atheromatose. Starker Hy-

Digitized by Google

Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisc
Weickert, Kaspar	58	—	—	—	Porenzephalie, Epilepsie, Mikrozephalie	Hemiplegisch für links. Kann gehen. (*So* II. Aufl., S. 217.) blödsinnig.
Wolf, Anna Maria	58	—	46	—	Idiotie, Epilepsie, Mikrozephalie	Gestorben im epileptis keine Lähmungen.
Ritzler, Anna	vgl. Tabelle 7 Nr. 10					Unter Wegfall der Hi sich die Zahlen ge das Großhirn atrop
Hesselbach, Margarete	vgl. Tabelle 7 Nr. 15					do.

mikrozephal zu betrachten wären und in die Tabelle 9
Bei den beiden Kranken Nr. 10 und 15 ist die Mik
neben der Hirnatrophie evident, weshalb diese Kranke
belle 9 nochmals angeführt werden.

Im Gegensatz zur Paralyse scheinen bei den Senild
(Tabelle 8) abnorm niedrige Groß-Kleinhirnquotienten
seltener zu sein, was seinen Grund in dem oben ang
Verhalten des senilen Gehirnes haben kann, erstens
Großhirn, wenn überhaupt, dann einem weniger starken
anheimfällt, als bei der Paralyse, und zweitens, daß (s
leicht das senile Kleinhirn sich eher, öfter, bezw. vor
verkleinert, als dies bei der Paralyse vorkommt. — I
hohe Kleinhirngewicht der Kranken Nr. 3 gibt im Verei
geringen Schädelkapazität Veranlassung zum Verdacht a
Mikrozephalie. Unter Abrechnung der Großhirnatrop
der Groß-Kleinhirnquotient 6,5 sein, also an sich s
niedrig. Wäre aber das Kleinhirn ebenfalls einer Atr
fallen gewesen, was sehr wohl möglich, wenn auch n
beweisbar ist, so wäre das Kleinhirn früher noch

Digitized by Google

Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
130	30	4,5	—	900	16	—
130	—	4,0	—	750	11	—
140	35	6,0	—	1200	12	—
145	30	5,3	—	1130	12	—

bestehende Mikrozephalie noch mehr wahrscheinlich

es ist eine Eigentümlichkeit der ganz überwiegenden der Mikrozephalengehirne (Tabelle 9), daß im Verhältnis Großhirnes das Kleinhirn ganz unverhältnismäßig schwer ist, während, wenigstens bei den Mikrozephalen mittleren und geringen Grades, das absolute Kleinhirngewicht sich innerhalb der mittleren Kleinhirngewichtszahlen bewegen kann. In Tabelle 9 sind die Gewichtszahlen von 4 Mikrozephalen gegeben, bei denen die Schädelkapazitätszahlen ebenfalls bekannt sind, sowie das zum entsprechenden Hirngewicht im normalen Verhältnis stehen. Die absoluten Kleinhirngewichte würden nicht als abnorm niedrig zu bezeichnen sein (130 bis 145 g), wenn nicht der Großhirnquotient abnorm niedrig wäre (4,0 bis 6,0). Der Fall 1 ist ein mikrozephaler Porenzephale, Nr. 2 ist eine Mikrozephalie, Nr. 3 und 4 zwei mikrozephale Paralytiker (Fall Nr. 10 und 15), bei denen auf Tabelle 9 das Großhirngewicht wiedergegeben ist, wie es schätzungsweise ohne Atrophie

Digitized by Google

abnorm niedrige Groß-Kleinhirnquotient, bei

einer sehr geringen Schädelkapazitätszahl, ist nun bei ihr so oft zu beobachten, daß er bis zu einem gewissen pathognomonisch für Mikrozephalie anzusehen is Zusammenstellung von *Anton*[1]) ist nur dreimal ein ab driger Groß-Kleinhirnquotient nicht vorhanden. Und es ob man nicht berechtigt ist, Gehirne von geringem Ge entsprechend geringer Schädelkapazität), aber normal Kleinhirnquotienten nicht als mikrozephal, sondern vie nanozephal oder ähnlich zu bezeichnen. Jedenfalls einem kleinen nicht atrophischen Gehirn ein abnorm Groß-Kleinhirnquotient ohne weiteres den Verdacht zephalie erregen; vielleicht genügt der Nachweis ein Quotienten bei kleiner Schädelkapazität an sich schon zu „Mikrozephalie". In diesem Sinne ist es auch zu verstehen bei den Kranken 1 bis 3 und 6 der Tabelle 7 eventu zephalie angenommen werden konnte (siehe oben S. 2

Groß-Kleinhirnquotient zu hoch.

Zu hoch kann der Groß-Kleinhirnquotient sein worbene oder angeborene zu große Schwere des Großh erworbene, bezw. angeborene abnorme Kleinheit des K

Klare Verhältnisse liegen vor bei den drei ersten der Tabelle 10. Bei Großhirntumor, frischer Hämo das Großhirn, oder bei Hyperplasie desselben infolge Hyd muß der Quotient sehr hoch werden. Die Zahlen Kranken sind insofern bemerkenswert, als auch ohne der Quotient mit 8,9 sehr hoch ist. Da die Kranke nac einsetzendem und 24 Stunden dauerndem Koma star nahe, außerdem an akute Hirnschwellung[2]) zu denke vorwiegend das Großhirn betroffen hätte und dann el Groß-Kleinhirnquotient zum Ausdruck käme. Würde

[1]) Handbuch der pathol. Anatomie des Zentralnervensystems *Jacobsohn* Bd. I S. 460.

[2]) Vergl. bez. der Hirnschwellung und ferner der Krankenge Nr. 4 bis 9 auf Tabelle 10 meine Arbeit Deutsche Zeitschr. f.

Digitized by Google

ınken die Schädelkapazität kennen, dann könnte man scheiden, ob Hirnschwellung vorlag.

Kapazität ist bekannt in den folgenden Fällen. Die in Prozenten zwischen Kapazität und Hirngewicht ist 0, einmal negativ. Der Groß-Kleinhirnquotient ist stets , wenn auch 9,0 nur einmal überschritten wird. Die bis 7 dieser Tabelle gehören insofern zusammen, als enden Gehirne das Phänomen der „Hirnschwellung" e es von mir an anderer Stelle (a. a. O.) näher beschrieben uch der Kranke Nr. 6 gehört insofern mit hierher, als, Tumor, der Groß-Kleinhirnquotient 8,9 beträgt, was mit Orte ausgesprochenen Ansicht durchaus übereinstimmt, Hirnschwellung vorliegt. Es ergibt sich aus den hohen ılen, daß bei den Hirnschwellungen das Großhirn mehr haupt allein?) zuzunehmen pflegt, als das Kleinhirn. auch eine, auf einem ähnlichen unbekannten Vorgange vorwiegend isolierte Kleinhirnschwellung gibt, ver- nicht entschieden zu werden.

egensatz zu diesen Kranken mit Hirntumur und Hirn- stehen jene Kranke, bei welchen neben einem Groß- (welcher an sich zur Vermehrung des Großhirngewichtes ßte) atrophische Prozesse im Großhirn eintreten, wie Kranken Nr. 8. Dann muß auch der Groß-Kleinhirn- ine normale Zahl bleiben, so daß er unter Umständen rteilung solcher schon weniger offensichtlicher Zustände igkeit sein kann.

er letzten Kranken (Nr. 9) auf Tabelle 10 ist ebenfalls chwellung anzunehmen, wenn auch von bedeutend ge- ıtensität. Die Kranke würde ohne Hirnschwellung ver- 8 bis 7,0 Quotient gehabt haben. Vielleicht ist aber hr Kleinhirn durch die Paralyse atrophisch und früher ewesen, so daß der Groß-Kleinhirnquotient noch niedriger die Kranke. bei ihrer geringen Schädelkapazität, als echt al anzusehen wäre.

das Kleinhirn infolge irgend eines pathologischen Vor- liert oder wenigstens bedeutend stärker schrumpft, als das

Digitized by Google

sind wiederum in erster Linie zu nennen die Para
Dementia senilis. Es wurde weiter oben als wahrscheinli
stellt, daß im Greisenalter das Kleinhirn einem stärkeren
anheimfallen könne als das Großhirn. Wenn zudem
artiger Kleinhirnschwund ein schon angeboren kleines

Tabelle 10. Groß-Kleinhirnquoti

Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisc
Kasimir, Anna	44	148	48	3,0	Endotheliom der Dura	Keine Innervationsstö Stauungspapille. Pl Tod nach 24 Stunde
Stieber, Gertrud	46	—	47	—	—	Frische Hämorrhagien bend eingeliefert.
Kahr	41	—	—	—	Epilepsie Hydrocephalus	Keine erhebliche Verbl sondere Bewegungss im Status.
Senger, Barbara	29	156	41	3,8	Gumma cerebri	War idiotisch. — In de tagen Zeichen zu druckes.
Unbehauen, Wilhelm	28	159	46	3,4	Dementia	Hirndrucksymptome.
Ritter, Martin	51	167	50	3,3	Endotheliom der Dura	Rechtsseitig hemiplegis Krämpfe. Tagelang komatös.
Herrling, Karl	18	170	42	4,0	Katatonie	Stauungspapille.
Lüneburger, Leopold	73	160	57	2,8	Glioma cerebri	Leichte Hemiparese rec sinn.
Baldauf,	43	158	41	3,8	Paralyse	Idiotisch und mikrozeph

Digitized by Google

. bei überhaupt kleinem Gesamthirn, bei welchem der
irnquotient ohnehin mehr bei 8,0 liegen kann, als bei
rd man sich nicht wundern können, daß bei kleinen,
Personen auch hin und wieder auffallend kleine absolute
wichte und hohe Quotienten angetroffen werden, und
ohne spezifische stärker in die Augen fallende Be-

erebri. Hirnschwellung usw.

Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
110	28	9,5 mit, 8,9 ohne Tum.	unbekannt			Tumor am rechten Temporal- und Stirnlappen.
120	—	9,3	unbekannt			—
135	—	9,0	unbekannt			Sehr starker Hydrozephalus internus.
115	72	8,6	—	1200	0	Walnußgroßes Gumma im Pons.
130	25	9,6	—	1500	0	Hirnschwellung!
130	35	8,9 ohne Tum.	1460	—	0	Tumor im linken medialen Stirnhirn.
145	51	8,7	—	1400	negat.	Hirnschwellung!
125	25	8,0	1420	—	16	Großes Gliom im linken Schläfenlappen. Dabei universelle Hirnatrophie.
130	25	7,3	—	1180	5	Ependymgranulierung im 4. Ven-

Digitized by Google

wegungsstörungen. So haben die beiden alten Leute auf Tabelle 11 den Quotienten 9,0 bei sehr niedrigem Kleinhirngewicht, ohne daß sie in motorischer Hinsi auffallendes geboten hätten.

Bei der Paralyse pflegt, wie oben auseinanderge Kleinhirn oft genug weniger stark zu atrophieren als

Tabelle 11. Groß-Kleinhirnquo

	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinis
1	Utz, Dorothea	48	145	38	3,8	Paralyse	Idiotisch. Pupillenst Beugekontrakturen. dem Tode nicht meh stärkere Artikulatio
2	Dietrich, Franz	62	158	41	3,8	do.	Zerebellare Ataxie (schichte). Keine A
3	Arnold, Georg	66	174	43	4,0	do.	Allgemeines Zittern. Gang. Keine Artik
4	Schecken-bach, Dorothea	78	—	36	—	Dementia senilis	Ohne spezifische orga störungen.
5	Keller, Barbara	73	—	—	—	—	Nicht in der Klinik ge eingezogener Erku chischer und mo nichts Auffallendes

Tabelle 12. Groß-Kleinhirnquot

1	Stock, Ferdinand	25	104	18	6,0	Kretinismus	Konnte niemals gehen Beine waren an de bei einem neugebo
2	Frey-städter,	65	—	55	—	Epilepsie	Starkes Stottern. He epileptischen Anfall

Digitized by Google

Verkleinerung anheimfallen wie das zugehörige Groß-
e stärkere mehr oder weniger isolierte Kleinhirnatrophie
durch Ansteigen des Groß-Kleinhirnquotienten deutlich
Eine schwächere isolierte Kleinhirnatrophie wird nur
inem auffallend hohen Quotienten führen, wenn dieser,

rnatrophie.

Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
95	25	9,3	1350	—	23	Arterienatherom. Ependymgranulierung.
110	20	9,5	—	1500	15	Keine Weigertsche Gliafärbung. Indes ist auch im Giesonpräparat das Vorhandensein einer Gliawucherung festzustellen. — Hinterstränge des Rückenmarkes intakt. Geringe Degenerationen im Gowersschen Bündel usw.
130	—	9,0	—	—	12	Ganz leichte tabische Hinterstrangerkrankung.
80	—	9,0	—	1100	23	—
90	20	9,0	—	—	?	—

ren zu kleinen Kleinhirnes.

100	20	9,6	—	1300	15	Von pathologischer Gliaentwicklung im Kleinhirn keine Spur. Die Glia ist außerordentlich zart und fein, dabei völlig normal angeordnet.
115	—	9,5	1430	—	9	

Digitized by Google

bei angeboren kleinem Kleinhirn, obwohl schon bei 8.
lag, während, wie oben gezeigt, bei einem anfänglic
Kleinhirnquotienten von 7,0 unter günstigen Umständen
hirngewichtsverlust von 20 g eintreten kann, ohne
Groß-Kleinhirnquotient 8,5 übersteigt.

Die drei Paralytiker auf Tabelle 11 haben einen h
Kleinhirnquotienten von 9,0 bis 9,5. Daß das Kleinhirn
lediglich angeboren so leicht war, ist an sich möglich
nicht mehr widerlegt werden, da eine genaue histologis
suchung des Kleinhirnes auf allfällige Gliose nicht
genommen werden kann. Da aber die Krankengeschicl
Paralytiker Bewegungsstörungen erwähnen, die zum Teil
schon intra vitam die Diagnose auf eine später hin
Kleinhirnerkrankung stellen ließen, so ist es weniger w
lich, daß es sich bei den drei Paralytikern lediglich um
so leichte Cerebella gehandelt hat. Möglicherweise b
bei Nr. 1 und 3 eine Kombination von angeboren leic
bellum und später hinzugetretener paralytischer Erkran
dem Kranken Nr. 2 wiesen die klinischen Symptome s
das Kleinhirn hin, daß die Krankengeschichte hier ge
geteilt zu werden verdient.

Dieterich, Franz, von Wolfsmünster, Fuhrmann, geboren 2.
Aufgenommen wegen progressiver Paralyse 21. Februar 190
26. Mai 1901. Er ist nicht idiotisch. Daß er syphilitisch gewes
sich auch nicht feststellen. Er ist schon seit Jahren paralytisc
motorischen Symptome in erster Linie auf das Kleinhirn zu deu
wird er einer besonders sorgfältigen Untersuchung unterzogen:
Augenspiegelbefund sind aber ganz normal, desgleichen die Pup
Patellarreflexe. Das normale Verhalten der letzteren steht in seh
wertem Gegensatz zu den starken Störungen im Gehen und Ste
kann er nur bei weit auseinandergestellten Beinen. Bei zusam
Füßen würde er hilflos zu Boden stürzen. Auch der Gang ist
lich, wenn er nicht durch fremde Hand gestützt wird. Wenn
Unterstützung zu gehen versucht, schlägt er die Beine weit in
setzt die Füße stampfend auf. Exquisit breitspuriger Gang. —
störung. In den letzten Lebensmonaten war der Gang völli
geworden. In der rechten oberen Extremität Beugekontraktur.
Patellarreflexe bis zum Tode normal. Stirbt im tiefsten Blödsi

Es fehlte jede Hinterstrangerkrankung vom Lenden- bis Hals

mischten Seitenstrangzone des Halsmarkes. Das Kleinhirn war auf *Weigerts* Gliafärbung behandelt worden. Eine makroskopisch erose fehlte. Soweit aus Giesonpräparaten zu urteilen ist, besteht was pathologische Gliawucherung.

rfte diese Krankenbeobachtung jenen anscheinend doch nen Fällen zuzurechnen sein, bei denen der paralytische Kleinhirn in hervorragendem und das klinische Bild estimmendem Maße befallen hat. Durch das Fehlen ie Bewegungsstörung in Betracht kommenden Rücken-nkung oder nachweisbaren Großhirnatrophie wird es, mit dem niedrigen Kleinhirngewicht und dem hohen irnquotienten, fast zur Gewißheit, daß die paralytische rophie Ursache der Bewegungsstörungen war. — Wenn e Kleinhirngewicht dieses Kranken mit 110 g an sich rig erscheint, so ergibt doch erst die Berechnung des irnquotienten ein anschauliches Bild über den Grad nerung dieses Kleinhirnes. Auch hierdurch dürfte der er konsequenten Berücksichtigung dieses Quotienten ein.

rage, ob es überhaupt angeboren abnorm leichte ere Kleinhirne gibt, derart, daß der Groß-Kleinhirn-eifellos zu hoch (9,0 und mehr) oder zu tief (6,5 und uch ohne Mikrozephalie) wird, muß bejaht werden, inblick auf die Mitteilungen von *Doursout.*[1]) Diese renen Gewichtsanomalien sind aber in stärkerer Aus-h wohl recht selten. Ob sie in allen Fällen bestimmte rscheinungen machen können, ist noch nicht zu ent-

e 12 bringt zunächst die Hirngewichtszahlen eines Kretinen[2]), der bei einer Körpergröße von 104 cm ut infantilen Habitus hatte und in seinem Leben hat laufen lernen. Es ist diese Tatsache im rade interessant im Hinblick auf das leichte Kleinhirn

les médico-psychol. 1891 S. 345.

Digitized by Google

xengeschichte veröffentlicht von *Bayon*, Beitrag zur Lehre vom

9,5, wie ihn Kinder in den ersten Lebensmonat
bevor sie laufen lernen. Ich kann mich hier *Bayo*
nicht anschließen, welcher (S. 34) anzunehmen geneig
das Kleinhirngewicht von 100 g bei Ferdinand Stock eine
alter von 7—8 Jahren entspricht, wie ja auch sons
wicklung dieses Kretinen jene eines 7—8 jährigen Ki
Zweifellos mag es 7—8jährige Kinder geben, die nur
schweres Kleinhirn haben; aber sie werden dabei kei
Kleinhirnquotienten von 9,5 haben, wenn ihr Körper
normal entwickelt und proportioniert ist, nachdem er
daß bereits vom 9. bis 10. Lebensmonate an der Groß
quotient mit 7,0 bis 8,5 konstant bleibt. Wenn bei
Stock die Entwicklung des übrigen Körpers die eines 7—
Kindes war, so war die Entwicklung seines Kleinhirne
hältnis zu seinem Großhirne diejenige eines 6 bis 7 Mo
Kindes. Ob diese ganz auffallend zurückgebliebene
entwicklung Ursache oder Folge war der völligen U
das Gehen und Stehen zu erlernen, bleibe hier ganz da
Daß man aber einerseits die Unfähigkeit zu gehen u
und andererseits die mangelhafte Entwicklung des Klei
Beziehung bringen darf, ist selbstverständlich. — Kretin
gut laufen können, haben auch ein, ihrem Großhirn en
schweres Kleinhirn (Tabelle 1 Nr. 6, Tabelle 6 Nr. 8).

Ein angeboren auffallend kleines Cerebellum ist f
leicht anzunehmen bei dem zweiten Kranken auf
obwohl er mit 65 Jahren schon an die Grenze des Seni
ist und das niedrige Kleinhirngewicht Folge einer b
senilen Atrophie sein könnte. Eine stärkere Gesamth
oder -schwellung bestand nicht, soweit aus dem mu
Schädelinhalte Schlüsse zu ziehen gestattet ist.

Da dieser letzte Kranke an starker Sprachstörun
letztere, als Koordinationsstörung, mit einer Kleinhirna
Zusammenhang gebracht werden könnte,[1]) so ist jede

[1]) Vgl. z. B. auch die reiche kasuistische Zusammenstellu
arbeitung von *Adler*, Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen.

ert, daß unsere drei Paralytiker auf Tabelle 11 mit
em Kleinhirngewicht keine Sprachstörung hatten. Eine
zwar die skandierende Sprache der multiplen Sklerose,
agegen bei den beiden ersten Kranken der Tabelle 5.
lich können anarthrische Sprachstörungen von ver-
Stellen des Zentralnervensystems ausgelöst werden.
h paralytische Sprachstörung scheint ihre anatomische
egen nicht im Kleinhirn zu haben.

Zusammenfassung.

ewicht des Kleinhirnes schwankt in ganz erheblichen
ie am meisten anzutreffenden Gewichtszahlen gesunder
Personen mittleren Alters liegen zwischen 130 und
rbei kommen im einzelnen Gewichtsunterschiede derart
n zwei gleich schweren Gesamthirnen das eine ein
schwereres Kleinhirn haben kann, als das andere.
und Bedeutung dieser physiologischen Schwankungen
hirngewichts ist unbekannt.
t ferner auch ein angeboren abnorm leichtes oder
einhirn; doch scheinen solche Anomalien sehr selten

prüfen, ob ein Kleinhirn normal groß ist oder nicht,
wicht in Beziehung zum Gewicht der Großhirnhemi-
bringen. Denn, abgesehen von den erwähnten, in
enzen sich vollziehenden individuellen Schwankungen,
nd Gewicht des Kleinhirnes abhängig von der Größe
Gewichte des Großhirnes. Der Gewichtsquotient
$\frac{n}{n}$ liegt beim Erwachsenen fast durchweg zwischen
. Zahlen unter 6,5 und von 9,0 an aufwärts sind
höhter Aufmerksamkeit zu betrachten und deuteten in
len immer auf pathologische Zustände.
erechnung dieses Groß-Kleinhirnquotienten er-
otz der physiologischen, auch in der Spielbreite des
sich ausdrückenden Gewichtsschwankungen des Klein-
iel exakteres Urteil über allfällige Kleinhirnatrophie usw.,

Google

25 g und mehr wird stets durch einen abnorm niedr
hohen Groß-Kleinhirnquotienten sich kundgeben. Bei
Umständen tritt ein abnormer Quotient schon durch
Gewichtsänderungen des Kleinhirnes auf. Die Berechn
Quotienten, d. h. die Berücksichtigung des zum Kleinhirn
Großhirns wird deshalb zur Notwendigkeit z. B. in all
wo man eine stärkere „Kleinhirnatrophie“ vermut
dieser Quotient eine einigermaßen exakte zahlenmäßig
über den Grad der Atrophie gestattet.

Da aber das Gesamthirn — also in erster Linie
hirn — sich seinerseits ebenfalls pathologisch verklei
vergrößern kann, und es u. a. eine harmonische Groß-
atrophie gibt, ist ferner die Berücksichtigung der
kapazität bei der Berechnung von unbedingter Notw

Ein gesetzmäßiger Einfluß der Körpergröß
Gewicht des Kleinhirns hat sich nicht deutlich feststell
wenn auch oft genug große Menschen ein großes, —
Menschen ein kleines Gesamthirn, und damit auch
haben. Auch der von *Weisbach* aufgestellte Satz, daß
Menschen das Kleinhirn relativ schwerer sei (Quotient
bei 7,0), als bei kleinen Menschen (Quotient mehr bei 8,
im einzelnen so viele Ausnahmen, daß von einer Gesetz
nicht die Rede sein kann.

Ein Einfluß einer interkurrenten Todesursache
Infektionskrankheiten) auf das Gewicht des Kleinhirne
wachsenen hat sich nicht feststellen lassen. Wenn es
einer zu Tode führenden Infektionskrankheit zu einer
hältnis zur Kapazität) pathologischen Gewichtsvermehrun
was aber bei Erwachsenen anscheinend sehr selten ist,
in erster Linie sich das Großhirn an der Gewichtsverm
beteiligen.

Eine universelle hochgradige Körperabmagerung
Gesamthirngewicht und damit auch das Kleinhirngew
beeinflußt.

Bei der Geburt und in den ersten Lebensmon
Kindes ist der Groß-Kleinhirnquotient ein bedeutend hö

nsenen. Das Kleinhirn wächst aber bis zum 9. bis
onat bedeutend rascher, als das Großhirn, so daß der
irnquotient am Ende des ersten Lebensjahres derselbe
Erwachsenen. Es liegt nahe, das schnellere Wachstum
ns in Verbindung zu bringen mit der zunehmenden
es Zentralnervensystems, koordinierte Bewegungen,
n Gehen und Stehen, zu erlernen. Hierfür läßt sich
obachtung anführen, daß ein 25jähriger Kretin von
ilem Habitus, welcher niemals hatte gehen und stehen
n Groß-Kleinhirnquotient von 9,5 hatte, also ein in
icklung sehr zurückgebliebenes, auf der Stufe des
e alten Kindes stehengebliebenes Kleinhirn.

chende Gehirnwägungen bei Säugetieren machen es
ch, daß Tiere, welche von Geburt an motorisch lebhaft
ort laufen können, mit einem relativ schwereren Klein-
er Quotient) geboren werden als Tiere, welche, wie der
nach einer gewissen Lebenszeit das Laufen erlernen.
isenalter trifft man unverhältnismäßig viel niedrige
richte und dementsprechend höhere Quotienten (auch
eine Hirnatrophie) an. Möglicherweise reduziert sich
Senium das Gewicht des Kleinhirnes mehr und eher,
Großhirnes. Einige der mannigfachen Motilitäts-
Tremor, Ataxie usw.) des Greisenalters sind vielleicht
olcher regressiver Veränderungen im senilen Kleinhirn

n Hirnkrankheiten, die zu einem Schwund des
rnes führen können (also in erster Linie Paralyse
ia senilis), kann der Groß-Kleinhirnquotient innerhalb
ler Grenzen bleiben, d. h. der Schwund des Klein-
im großen und ganzen harmonisch mit dem des
vor sich (soweit man bei dem Spielraum der Quotient-
en kann). Bei starkem Kleinhirnschwund sind klinisch
eristische Kleinhirnsymptome nachzuweisen.

eren Fällen atrophiert vorwiegend das Großhirn, und
der Quotient zu klein — hauptsächlich bei Paralyse.
hwindet (häufiger im Senium) vorwiegend das Klein-

Digitized by Google

Bei Mikrozephalie ist in der ganz überwiegenden Mehr
Fälle der Groß-Kleinhirnquotient abnorm niedrig, und
Mikrozephalen mittleren und geringeren Grades in der
normalem oder sogar auffallend hohem absoluten Klein
richt. Diesem niedrigen Groß-Kleinhirnquotienten kommt
ht, bei geringer Schädelkapazität und bei Fehlen von
wund, eine für Mikrozephalie pathognomonische Bedeutung

Bei einer pathologischen Vergrößerung des Großhi
mor, Hirnschwellung usw.) steigt selbstverständlich auch
otient an. Bei der, als Hirnschwellung beschriebenen
deren Vergrößerung des Gehirnes scheint das Großhirn
weder isoliert, oder wenigstens stärker als das Kleinhirn
größern. Man trifft daher bei Hirnschwellung meist hohe
inhirnquotienten.

Als Nebenergebnis dieser Untersuchungen sei erwähnt,
esehen von den direkt zum Kleinhirn hinziehenden Ba
Rückenmarks, eine Hinter- oder Seitenstrangdegeneration
kenmark, auch wenn sie sehr beträchtlich ist, ohne deutli
fluß ist auf allfällige Kleinhirnatrophie.

In den ganzen vorstehenden Ausführungen habe ich
st nur referierend verhalten und von Hypothesen und
tungen abgesehen. Die Abhandlung bezweckt, in erhö
ße das Interesse auf die Gewichtsverhältnisse des Kleinh
normalen und pathologischen Zustande, speziell in s
iehungen zum Großhirngewicht, zu lenken und zu wei
ersuchungen in dieser Richtung anzuregen, namentlich
Krankheiten, die wegen Mangels an Material nicht in
stehenden Tabellen aufgenommen werden konnten, aber
ntuell bedeutendere Kleinhirngewichtsanomalien aufweisen
e Sklerose, *Friedreich*sche Krankheit, unkomplizierte T
*ntington*sche Chorea, Athetose usw.). Wenn man auch
trebt ist, möglichst viele wissenschaftliche Fragen mit
troskop zu lösen, so dürfen darüber doch keineswegs U
hungsmethoden, wie die Bestimmung des Hirngewichtes
ädelkapazität usw. vernachlässigt werden, weil sie oft a

www.zobodat.at

aden, sondern gelegentlich sogar bessere Aufklärung bring
en, als das Mikroskop es vermag.

Anhang.

Kleinhirn und Geschlechtstrieb.

Die alte Ansicht von *Gall*, daß das Kleinhirn in Beziehu
Geschlechtstrieb stünde, hätte längst als abgetan gelten müss
nicht *Moebius*[1]) in seiner Schrift über *Gall* u. a. auch
n als wahrscheinlich hingestellt hätte, daß Kleinhirn
hlechtstrieb doch etwas miteinander zu tun hätten.
eisführung *Gall*s ist durch *Rieger* in seiner Monographie ü
Kastration[2]) ad absurdum geführt worden, und *Moebius*
iner Entgegnung hierauf[3]) nichts wesentliches gegen
*er*sche Beweisführung vorbringen können. Welchen Scha
diese „Ehrenrettung *Gall*s" angestiftet hat, sieht man
n daraus, daß seine Lehre vom möglichen Zusammenh
chen Kleinhirn und Geschlechtstrieb z. B. in das sonst d
ernst zu nehmende Lehrbuch der Physiologie von *Bung*
gewandert ist. Und an dem weiteren Fortwuchern der *G*
Lehren werden auch die wenigen Stimmen vorläufig nic
rn können, die noch gegen die *Gall*schen Hypothesen E
ch erhoben haben.[5]) Es gilt also, weiter Material gegen
*Moebius*sche Anschauung herbeizuschaffen.

In der zweiten Schrift von *Moebius:* Über die Wirkungen
ration (Halle, Marhold 1903) steht auf S. 67 folgender S
„Leider bin ich, ebensowenig wie *Rieger*, nicht imstande, aus eig
rung etwas beizubringen; das Reden hilft daher vor der Hand nich
Dieser Satz bezieht sich auf die Behauptungen des Phre
Gall: daß Männer, die längere Zeit vor ihrem Tode ei
beide Testikel verloren haben, und Frauen, die längere
hrem Tode eines oder beide Ovarien verloren haben, bei

[1]) Schmidts Jahrbücher 1899 Bd. 262. 263. 267. 269. 271.
[2]) Jena Gustav Fischer 1900.
[3]) Über die Wirkungen der Kastration. Halle, Marhold. 1903.
[4]) F. C. W. Vogel 1901.

Digitized by Google

auen, denen nichts an Testikeln oder Ovarien passiert is
d nun zufällig in der hiesigen psychiatrischen Klinik
ünner zur Sektion gekommen, die schon lange Jahre vor
de einen Testikel verloren hatten und bei deren Sektion
lb auf das Cerebellum mit besonderer Genauigkeit ge
orden ist. Außerdem ist in der Klinik ein Mädchen von 28 J
ziert worden, an der schon im Leben aufgefallen war, da
emals die Menstruation gehabt hatte, und daß die sekun
xualmerkmale: Mammae und alle Behaarung außer den
aren, völlig fehlten. Bei der Sektion zeigte es sich dann
ß Uterus und Ovarien völlig auf kindlicher Stufe stehengeb
aren. Auch bei diesem weiblichen Wesen wurde deshal
sonderer Aufmerksamkeit auf das Cerebellum geachtet.
chstehenden sollen die entsprechenden Konstatierungen
teilt werden. Gleichzeitig kann hier noch bemerkt w
ß diejenigen, welche sich für diese Frage interessieren,
tage beim weiblichen Geschlecht nicht zu selten Geleg
den dürften, sie durch Sektionen zu entscheiden. Den
eiblichen Wesen eines oder beide Ovarien entfernt werde
nicht selten. Nur wird es allerdings selten vorkommen
r Arzt, der die Gelegenheit hat, eine solche Frau länger
ch der Ovariotomie zu sezieren, auch gerade daran denk
sein Augenmerk besonders auf das Cerebellum richten
s scheint deshalb auch noch nie vorgekommen zu sein,
uerer Zeit jemand einen solchen Fall in diesem Sinne
htet hätte.

1. Dieterich, Franz, von Wolfsmünster, Fuhrmann, geboren 2. Augu
ufgenommen wegen Paralyse 21. Februar 1900, gestorben 26. Mai 19

Vergl. hierzu die Krankengeschichte S. 228. In der Anamnes
außerdem: Als Fuhrknecht verunglückte er einmal dadurch, daß
agen fiel; der Wagen ging über ihn hinweg und er trug starke Verle
von, in deren Folge fehlt ihm der linke Testikel. In der
rotalhälfte befindet sich nur ein kleiner Rest, vermutlich die Epid
rner Frakturen am Oberarm, Unterschenkel, Rippen.

Bezüglich der Hirngewichtszahlen vergl. Tabelle 11 Nr. 2.

In der Totengeschichte heißt es ferner: Das Cerebellum
nsthaftem Sinne, deshalb interessant, weil es in der Krankenges
ißt: daß seine motorischen Symptome speziell auf das Kleinhirn hi

Digitized by Google

gewogen hat, bei einem Groß-Kleinhirnquotienten von 9,5.

Ferner kann das Cerebellum auch noch in Betracht kommen in be
e phrenologischen Lügen, weil seine rechte und linke Hei
re völlig gleich groß sind und Dieterich dabei schon vor lan
den linken Testikel verloren hatte.

2. Ritter, Martin, von Astheim, Häcker, geboren 1844. Aufgenom
Hirntumor am 13. Januar 1901, gestorben 19. Februar 1901 (Krank
chte siehe Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 28 S. 317).

Ferner heißt es in der Krankengeschichte: Er hat während sei
rdienstzeit einen Testikel verloren, — ob durch Unfall oder du
lechtskrankheit, kann aber nicht mehr festgestellt werden. In der
auch der linke Testikel bis auf einen kleinen Rest, der möglicherw
ebenboden sein kann. Eine Hautnarbe ist nicht vorhanden.

Bezüglich der Hirngewichtszahlen siehe Tabelle 10 Nr. 6. Das Kleinh
as mittlere Gewicht von 130 g. Der Groß-Kleinhirnquotient ist h
vegen der bestehenden Großhirnschwellung. In der Totengeschich
ferner ausdrücklich hervorgehoben, daß beide Kleinhirnhälft
u gleich groß und gleich schwer sind (65 g).

3. Krämer, Luzie, aus Schönau, Tünchnerstochter, geboren 1872. A
men wegen Melancholie am 22. September 1901. Gestorben infe
ns eines kleinen Aortenaneurysma am 25. November 1901.

Sie macht, bei 130 cm Länge, im wesentlichen den Eindruck ei
ösen Zwerges. Indes ergibt sich bei der Sektion, daß sie eine vö
e Schilddrüse von 30 g Gewicht hat. Was am meisten den Verda
retinismus erweckt hatte, war der völlige Mangel an sekundär
almerkmalen, abgesehen davon, daß ihre Kopfhaare zwar ni
ers reich, aber doch genügend weiblich entwickelt sind. Außer
aaren hat sie am ganzen Körper so wenig Behaarung wie ein klei
Sie hat auch nicht die mindeste Entwicklung von Brüsten; hatte
uation. — Kein Myxödem, keine Sattelnase, keine Makroglossie.
Idiotie. Die jetzige Geistesstörung ist ganz akut ausgebrochen.
ei der Sektion fanden sich, entsprechend dem Fehlen jeder sekundä
entwicklung, die inneren Genitalien völlig auf kindlicher Stufe. Ute
varien minimal entwickelt, fast wie bei einem neugeborenen Kinde
Über ihre Hirngewichtszahlen vergl. Tabelle 1 Nr. 1. Das Kleinh
20 g (eine durchaus normale Zahl), der Groß-Kleinhirnquoti
8,1 ebenfalls völlig normal, — trotz des Mangels jeder sekundä
entwicklung.

Die ersten beiden Krankengeschichten widerlegen schlage
behauptung *Gall*s, daß Verlust oder Zerstörung eines Testik
einerung der kontralateralen Kleinhirnhemisphäre hab
. Die dritte Krankengeschichte ist ein Beweis dafür, d

Digitized by Google

exualentwicklung doch das Kleinhirn ganz normal groß un
roßhirn proportioniert ist.

In ähnlicher Weise zeigten die beiden jugendlichen Paralyt
Franz Joseph Winter, Tabelle 7 Nr. 6[1]) und Margarete Hess
abelle 7 Nr. 15) bei zurückgebliebener, bezw. direkt inf
örperentwicklung doch ein ganz normal schweres (130 g),
ffallend schweres (145 g) Kleinhirn. Wenn ferner ein Me
s Kretinismus u. a. auch die fehlende, bezw. protrahiert
icklung des Genitalsystems ist, so haben doch zwei u
retinen, Martin Ebert und Adam Söllner (Tabelle 1 Nr.
abelle 6 Nr. 8), durchaus ein normal schweres Kleinhirn.
i dem dritten Kretinen, Ferdinand Stock (Tabelle 12 Nr.
leichtes Cerebellum gefunden wurde, so ist der Grund
n in der Unfähigkeit des Kranken, zu gehen und steh
chen, wie oben bereits auseinandergesetzt, und nicht in
angel sekundärer Sexualentwicklung.

Daß das Kind schon 9 bis 10 Monate nach der Gebu
n Verhältnis zu seinem Großhirn) ganz normal große
hweres Cerebellum hat, und nicht erst im Beginn der Pub
twicklung, wurde ebenfalls schon früher erwähnt.

Auch das Aufhören der libido sexualis fällt zeitlich nic
mmen mit dem allfällig eintretenden senilen Schwund des
rnes. Bei den meisten Frauen fällt der Klimax und das Erl
r libido in das 45. bis 50. Jahr. Von einer senilen Gew
nahme des Kleinhirns ist aber nach unseren Tabellen erst
m 65. Lebensjahr etwas zu merken. Und diese ausgesp
nile Kleinhirnverminderung wird kein vernünftiger Mens
m Erlöschen des Sexuallebens und der klimakterischen
üsenatrophie in Zusammenhang bringen. Sonst könnte ma
m gleichen Rechte sagen, daß auch die senile Großhirnat
olge des Erlöschens der Tätigkeit von Testikel und Ovari

Endlich sei noch folgendes bemerkt: Es wurde weiter
sgeführt, daß es oft genug sogar bei der Sektion unmögli

[1]) Eine Abbildung findet sich in *Weygandts* Atlas und Grund
Digitized by Google

em Augenmaß zu sagen, ob ein Kleinhirn atrophisch ist
ht, sondern daß, um dies zu entscheiden, außer dem Gewich
inhirnes die Kenntnis des Großhirngewichtes und eventuel
ädelkapazität notwendig ist. Wenn nun *Gall* am Lebende
ein großes oder kleines Kleinhirn diagnostizieren will, s
es sich tatsächlich um weiter nichts, als um „undiskutier
Unsinn" (*Rieger*, Kastration, S. 42). — Die Tatsache, daß
ße Augenmaß meistenteils etwas Unzuverlässiges ist, wird
rch die *Moebius*sche Dialektik nicht aus der Welt geschafft
zeigen diese Ausführungen, daß zwischen Sexualentwicklung
einhirngewicht ein Zusammenhang nicht besteht, — ein
, zu welchem z. B. auch *Doursout* kommt, welcher sich
ser Frage beschäftigt hat. Es bleibt also durchaus jene
*eger*s bestehen:
atsächlich fehlt jeder Schatten eines Beweises dafür, daß
inhirn etwas zu tun habe mit dem Geschlechtstrieb; und
as *Gall* darüber hat drucken lassen, sind Produkte des
igsten Altweiberglaubens."

Digitized by Google

Ein Fall von progressiver Paralyse mit gehä epileptiformen Krämpfen nebst Beobachtu über das Verhalten des Blutdrucks bei so Anfällen.[1])

Von

Dr. **W. Plaskuda,** Assistenzarzt.

Im September vorigen Jahres verstarb in hiesiger Ans Paralytiker infolge von gehäuften epileptiformen Krampfa Da der Fall infolge seines letzten Verlaufs das Interesse rief und ich in der mir zugänglichen Literatur keinen äh bisher beschrieben fand, halte ich eine kurze Mitteilung nicht für uninteressant. Apoplektiforme und epileptiforme sind ja nach den angestellten statistischen Erhebungen (Aschcr, Kundt, Kaes, Heilbronner u. a. m.) eine sehr Todesursache bei der Paralyse, und zwar schwanken die A darüber zwischen 20—50%. Der vorliegende Fall charak sich folgendermaßen:

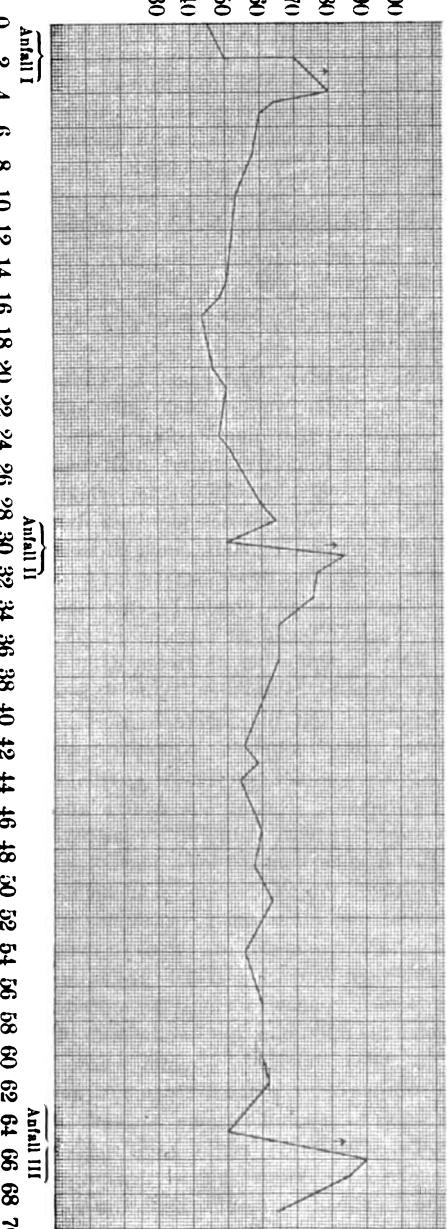
Der 45jährige frühere Schlächtermeister Sch. hat Lues gehab ziemlich stark getrunken, leidet seit Pfingsten 1903 an deutlichen Ersch von Paralyse mit Größenideen, Verschwendungssucht, Erregungszustä Sinnestäuschungen, denen tabische Erscheinungen bereits längere Zei gegangen sind. Er wird am 2. März 1905 in der hiesigen Anstalt aufge nachdem 14 Tage vorher plötzlich eine Lähmung die linke Körpers getreten war, die sich wieder gut zurückgebildet hatte. Bei der A werden deutliche Erscheinungen einer Paralyse mit tabischen Sy sog. Tabesparalyse) konstatiert. Die Ataxie ist bereits ziemlich s

[1]) Aus der Provinzialirrenanstalt bei Uckermünde (Direktor Sa

Digitized by Google

die seine Unterbringung in die Anstalt veranlaßt hatte, klingt bald eicht einem dauernd ziemlich stumpfen Verhalten, das nur zeitweise ungszuständen unterbrochen wird, so daß der Kranke sich meist t befand. Am 19. Juli und 27. August treten dann mehrere leichte orme Anfälle auf, nach denen die Unsicherheit beim Gehen so zuaß der Patient das Bett nicht mehr verlassen kann. Gleichzeitig h auch psychisch ein gewisser Verfall bemerkbar, indem der Kranke npfer und teilnahmloser wird, indessen noch leidlich orientiert bleibt. 2. September treten jetzt dauernd zahlreiche epileptiforme Krämpfe Anfälle sind alle gleichartig, dauern nur kurze Zeit, 1—3 Minuten, rn sich in der ersten Zeit in tonisch-klonischen Krämpfen der linken e nach Art einer Rindenepilepsie.

Anfall kündigt sich durch lebhaften Nystagmus horizontalis an, g zucken die Augenlider, die Augen werden nach links außen gestellen sich krampfhafte Zuckungen in der Muskulatur der linken und Halsseite ein, wodurch der Kopf fest fixiert und etwas nach eht wird, es folgen zugleich rasch nacheinander tonisch-klonische m linken Arm und linken Bein. Während des nur kurz dauernden t das Gesicht ziemlich stark blaurot injiziert, auch zwischen den Anfällen bleibt es etwas gerötet. Das Bewußtsein scheint während e aufgehoben. Dieselben treten in den ersten Tagen seltener auf, nden nur etwa 3—5 mal. Nach 5 Tagen ist das linke Bein schlaff ebenso der linke Arm. Vom 7. September ab treten dann die Anger auf, 20—30 und noch mehr in 24 Stunden. Vom 9. September die Krampferscheinungen auch auf die rechte Körperseite über, eten nacheinander im Anfall tonisch-klonische Krämpfe erst in der d dann in der rechten Körperseite auf, und zwar überdauern die linkerseits etwas die rechterseits. Die Anfälle dauern auch jetzt e Minuten, sind aber stets sehr intensiv. Auffällig ist das psychische in den freien Zeiten. Der Kranke kommt gleich nach dem Anfall r Besinnung, gibt auf Befragen Antwort, weint manchmal, kennt gebung, sieht sich auch wohl um, fühlt sich schwach, bis plötzlich n neuer Anfall auftritt. Die Sprache ist zuerst nicht wesentlich ört wie im Beginn des hiesigen Aufenthalts. Die Krämpfe gehen Nacht weiter, während derselben kommt es häufig zu unfreiwilligem g. Am 21. September treten über 100 einzelne Anfälle auf. Hierauf mäßiges Fieber ein, das bisher nicht beobachtet wurde, sowie nommenheit. Die Anfälle werden seltner und werden nur noch ver-5 mal am Tage notiert, während schon die Agone langsam beginnt; rfolgt erst am 24. September. Auch am letzten Tage werden noch e ganz kurze Anfälle beobachtet. Insgesamt werden in den 23 ankheitstagen 565 einzelne Anfälle gezählt, eine Zahl, die sicherlich



ergibt als letzte Tode
eine hypostatische Pn
im rechten Unterlapp
Gehirn finden sich: ch
fibröse Leptomeningiti
der weichen Häute, e
trikel sowie des ganze
Atrophie der Rinde; m
pisch kein erkennbar
auf den man den A
punkt der Krämpfe
führen könnte.

Es zeichnet si
der vorliegende F
durch die außeror
große Zahl (565) e
former Krampf
durch den langen
raum, über den si
selben erstrecken,
dadurch, daß in de
Zeiten, ausgenomm
letzten Tage, keine
liche Veränderun
psychischen Bildes

Es gelang mi
des Sphygmoman
von Riva-Rocci,
einiger Übung d
zuverlässige Wert
einige fortlaufend
sungen anzustelle
denen man sich ü
Verhalten des Blu
im Verlauf der An
Bild machen kan
rüber, wie ich
habe. Beobachtun

en nicht gemacht wurden. Ich bemerke, daß selbst-
lich während des Stadiums der Konvulsionen weder eine
kmessung infolge der Anspannung der Armmuskeln —
binde wurde am linken Oberarm angelegt und während
mpfs schnell etwas gelockert — noch eine Pulszählung
ist. Es war mir indes möglich, gleich im Beginn des
der sich durch lebhaften Nystagmus ankündigte, so lange
die Armmuskeln zu kontrahieren anfingen, und gleich
hlaffwerden der Muskulatur fortlaufend zu messen. Die
der beigefügten Kurve ist folgende:
Abszissenzahlen bedeuten die Zeit in Minuten, die Zahlen
nate die Höhe des Drucks in mm. Quecksilber. Es ist
dreier Anfälle und in der Zwischenzeit gemessen, die
dauern jeder etwa 3 Minuten. Anfall II und III kündigen
ch geringe Erhebung des Drucks an, kurz vor Einsetzen
emeinen Krämpfe fällt der Druck um etwa 10 mm. Die
ssung beginnt gerade in diesem Stadium. Beim Einsetzen
kungen steigt dann der Druck plötzlich hoch an und ist
rscheinlich während des Krampfstadiums noch bedeutend
was der Pfeil andeuten soll. Nach dem Schlaffwerden
kulatur besteht noch einige Minuten ziemlich hoher Druck,
ählich abfällt. Auch in den freien Zeiten ist der Druck
rhöht. Den Puls habe ich während des zweiten Anfalls
31 90 Schläge gefunden, er fiel dann bei Min. 33 nach
n des Anfalls auf 68, betrug sonst zwischen 74—84
in der Minute, so daß also dem erhöhten Druck auch
ellerer Puls und umgekehrt zu entsprechen scheint.

Digitized by Google

Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychose (Generationspsychosen.)[2]

Von

G. Herzer, früher Assistenzarzt der psychiatr. Klinik zu Basel

Als „Puerperalpsychosen im weiteren Sinne" werden psyc
törungen bezeichnet, die in einer Phase des Fortpflan
eschäftes des Weibes auftreten und demnach in Gravi
igentliche Puerperal- und Laktationspsychosen untersc
erden. Ihr Vorkommen wird mit 1 Fall auf 400[3]) Ge
ngegeben; wenn nur Fälle eigentlicher Psychosen in Be
ezogen werden, also beim Weglassen z. B. der Fieberd
ürfte von etwa 600 Geburten nach meinem Befund ein
nlaß zu psychischer Erkrankung geben. Als eigentliche Pue
sychosen werden dem Usus entsprechend die in den ersten
Vochen post partum, als Laktationspsychosen die von diese
unkt an bis sechs Monate p. p., bei längerem Stillen auch
päter, auftretenden Psychosen bezeichnet. Die Trennung
eiden Formen ist eine willkürliche, weder in Uterusinv
och Stillgeschäft begründete. Letzteres muß überdies au

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Basel.

[2]) Den Untertitel „Generationspsychosen" habe ich gewählt, wei
orrekter die in einer Generationsphase auftretenden Psychosen zu bez
heint, als der im Lauf der Zeit mit der gleichen Bedeutung geb
ame „Puerperalpsychosen". *Hansen* schlägt vor, letzteren Ausdr
olche Psychosen zu beschränken, von denen man annehmen kann,
it puerperaler Infektion in Verbindung stehen.

Digitized by Google

[3]) Das Verzeichnis der benutzten Literatur findet sich am Schl

Mangel an Milchsekretion, Hohlwarzen oder aus anderen
. Alle Fälle solcher Art habe ich, schon ihres zahlreichen
mens halber, ebenfalls in die Arbeit aufgenommen. Nicht
nmen habe ich Fälle von transitorischer Geistesstörung,
während der Geburt vorkommen können, sowie Fälle
ktionsdelirien; solche Fälle kommen auch nur ausnahms-
psychiatrischen Anstalten zur Beobachtung.
s verarbeitete Material der Basler psychiatrischen Klinik
die Krankengeschichten der letzten 25 Jahre; einige der
abe ich im Beginn oder Verlauf während meiner ärztlichen
t an der Anstalt selbst beobachtet. Die Patientinnen
teils aus der Stadt Basel, teils aus der übrigen Schweiz
benachbarten Elsaß und Baden; Stadt- und Landbevölke-
ziemlich gleichmäßig vertreten. Periodisch gehäuftes
n von Puerperalpsychosen wurde nicht beobachtet. Die
wurden im wesentlichen nach der *Kraepelin*schen Lehre
t und die Diagnosen, wo erforderlich, in diesem Sinne
. Die sorgfältige Durchsicht von 1896 Krankengeschichten
21 Fälle = 11,7 % von beim Generationsgeschäft psychisch
en Frauen; miteingerechnet sind die Fälle, in denen ein
einigemal erst nach Jahren, die Patientinnen in die
Anstalt brachte. Durch an Angehörige, sowie an Gemeinde-
n und Anstalten gesandte Fragebogen ließ sich eine deut-
ersicht über die ferneren Lebensschicksale der meisten
nnen gewinnen.
der Bearbeitung stellte ich mir die Aufgabe zu ermitteln:
eit und Form der Puerperalpsychosen, ihre Verteilung auf
schiedenen Generationsphasen, ferner besonders Verlauf
gnose in Hinsicht auf Heredität, Geburtenzahl, ätiologisch
ende Momente wie Infektion, Trauma usw.
nn auch in dieser Hinsicht die Resultate der Autoren
ine einheitlichen sind, so sind doch wohl alle darin einig,
keine spezifische Puerperalpsychose gibt und die Vorgänge
er Generationsphasen nur als bei vorhandener Prädispo-
sychosen auslösend, nicht aber als verursachend anzu-
nd

Die 221 Fälle verteilen sich auf folgende klinische F

Dementia praecox	107
Manisch-depressives Irresein	32
Hysterie	18
Akute Verwirrtheit (Amentia)	15
Alkoholisches Irresein	12
Epilepsie	11
Neurasthenie	5
Paralysis progressiva	4
Eklampsie	2
Chorea, Imbezillität	2
Unsichere Diagnosen	13

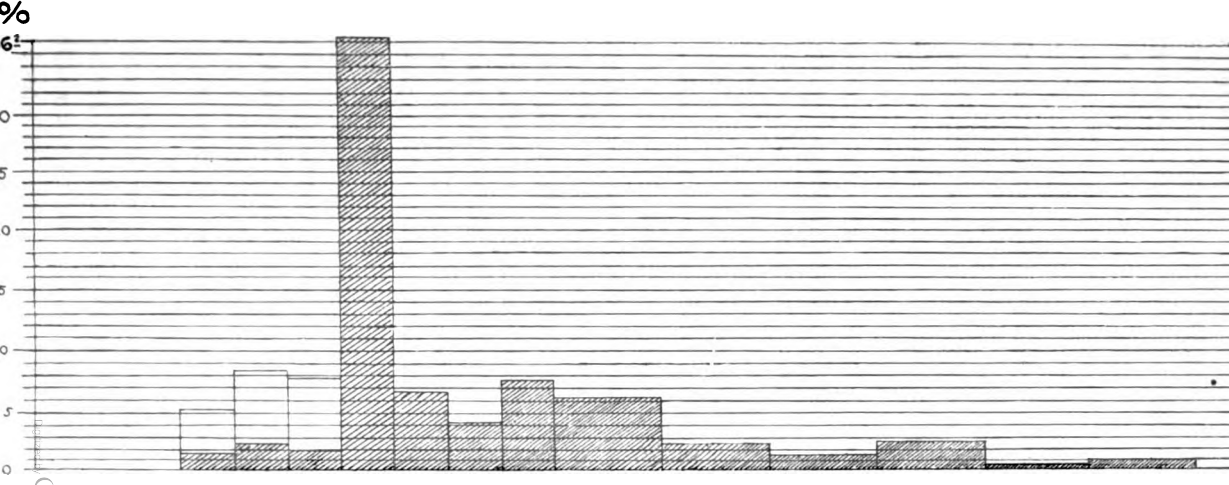
Der Krankheitsausbruch erfolgte während der Gravid
6 Fällen (21,2 %), im Puerperium in 102 Fällen (47,0 %
er Laktationszeit in 69 Fällen (31,8 %), in einigen w
ällen war er nicht genauer festzustellen.

Von den 46 Graviditätspsychosen waren 10 im Anfa
der Mitte und 17 am Ende der Gravidität erkrankt.

Bei den 102 eigentlichen Puerperalpsychosen began
sychose akut bei 2 am ersten Tag, 4 am zweiten Tag,
ritten Tag, bei weiteren 20 im Lauf der ersten Woche,
n Lauf der zweiten Woche, hierzu kommen 43 Fälle, die
rsten 2 Wochen erkrankten, ohne daß eine genauere Besti
es Zeitpunkts des Krankheitsausbruchs festgestellt werden
– zusammen somit 80 Fälle = 78,4 % sämtlicher Psycho
uerperiumsphase oder 36,2 % aller Generationspsychosen
aupt in den 2 ersten der Geburt folgenden Wochen.
eht die Zahl der Erkrankungen zurück, und zwar auf j
er dritten und vierten Woche, in der fünften auf 3,
echsten auf 5 Fälle, um in der folgenden Laktationszeit zu
ieder etwas zu steigen.

Von den 69 Laktationspsychosen erkrankten in der sie
nd achten Woche p. p. 16, im dritten Monat 26, im
Monat 8, im fünften Monat 4, im sechsten Monat 10, im
Monat 2, im zehnten Monat 3.

Einen Überblick über diese Zahlen gibt die nebenst
Figur (Die drei Kolonnen „Gravidität“ sind, weil größere
bschnitte enthaltend, nicht gleichwertig den folgende



Digitized by Google

richtige Verhältnis würde durch etwa sechsfache Verbr
des schraffierten Teils derselben hergestellt).

Von den wiederholt bei dem Generationsgeschäft Erk
trat das Rezidiv bei 2 am Anfang und bei 3 am E
Gravidität auf, 2 erkrankten wieder in der ersten, je 1
dritten und vierten Woche, 2 in der fünften Woche, 3
siebenten und achten Woche und je 1 im dritten, vierten,
und sechsten Monat p. p.

Der einzelnen Generationsphase entspricht kein einh
Krankheitsbild; bei dem nach der klinischen Form versch
Verlauf und Ausgang der Psychosen des Generationsge
empfiehlt sich daher mehr eine Beschreibung nach den Kra
formen als nach den Phasen des Ausbruchs. In der Bea
habe ich die Fälle von Dementia praecox, schon der grof
halber, besonders berücksichtigt.

Dementia praecox.

Diese Form psychischer Erkrankung umfaßt einen
Teil der früher unter Melancholie, Manie, Paranoia, Ame
Hysterie beschriebenen Erkrankungen.

Es kann hier nicht die Stelle sein, eine Schilder
Bildes dieser vielgestaltigen Krankheit zu geben, deren A
zum größten Teil in die erste Lebenshälfte fällt, und de
gang in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mehr oder
hochgradige geistige Schwächezustände sind. — Die Sche
die hebephrenische, katatonische und paranoide Form k
versucht, freilich ohne bei den vielfachen Übergängen
Gewicht auf diese Trennung legen zu wollen.

Von den 107 an Dementia praecox Erkrankten war
ditär in direkter Aszendenz belastet 30, indirekt 24, Alko
eines oder beider Eltern fand sich bei 6, zusammen in 6
= 55 % hereditäre Belastung.

Bei 92 trat die Erkrankung erstmals anläßlich des Gen
geschäftes auf; 15 hatten früher schon einen Anfall psy
Erkrankung durchgemacht; bei 8 zeigten sich anläßli
späteren Geburt Rezidive, nachdem die frühere Krank

Digitized by Google

Graviditätspsychosen. — Die Zahl von 19 Graviditäts-
n entspricht nahezu dem für diese im allgemeinen gefundenen
ätze, während bei 45 Puerperal- und 41 Laktationspsychosen
bei der Dementia praecox einen höheren Prozentsatz als
ren Psychosen aufweisen.

diesen 19 Fällen Graviditätspsychosen waren 10 direkt
irekt hereditär belastet. 2 der Patientinnen waren schon
Mädchenjahren in leichterem Grade von der Krankheit
worden; 3 weitere waren früher immer schon als psychisch
erschienen; 1 litt vor der ersten Gravidität schon zehn
ng an Pavor nocturnus; bei 1 Patientin war in beiden
Schwangerschaften infolge unstillbaren Erbrechens der
e Abort eingeleitet worden. Bei 1 Patientin trat die Er-
g als postinfektiöse Psychose 14 Tage nach abgelaufenem
ipel auf. In 4 Fällen wurden von den Angehörigen oder
entinnen selbst psychische Traumen wie Todesfall in der
Vermögensverlust, Schreck usw., als Krankheitsursache
ldigt.

Ausgang war in neun Fällen ein ungünstiger — mittlere
ere Grade der Verblödung; in 10 Fällen Heilung resp.
gehende Besserung, daß die Patientinnen wenig oder nicht
Arbeitsfähigkeit beschränkt waren und soziale Existenz-
keit hatten. Dabei sind die Heilungen wohl meist als
eilungen anzusehen, wenn auch die katamnestischen Er-
n bei erhaltener Arbeitsfähigkeit oft von vollständiger
g sprechen. Überdies ist von Heilung und Besserung
dem Vorbehalt zu sprechen, daß die Krankheit bei
enden Gravidität oder ohne solche noch nach Jahren
ren kann und dann meist den ungünstigen Ausgang in
ung nimmt.

Geburt hat meist keinen oder nur vorübergehend günstigen
auf die Psychose; öfters treten im Anschluß daran Er-
zustände heftigster Art auf.

Dauer der Krankheit bis zur beginnenden Besserung oder
beträgt etwa 8 bis 14 Monate, doch kann auch später
sserung eintreten — so konnte eine Patientin nach $2^1/_2$,

Digitized by Google

zurückkehren — erstere für 10 Jahre, letztere ebenfalls fü
Jahre, worauf Rezidive zu dauernder Verblödung führten.

Dem Alter und Ausgang nach waren:

25—30 Jahre	alt	11	Frauen,	davon	gebessert	4,	ungeheilt	7
30—35 „	„	3	„	„	„	2	„	1
35—40 „	„	2	„	„	„	1	„	1
40—45 „	„	3	„	„	„	3	„	–

Die Graviditätenzahl verhält sich folgendermaßen zu A
Ausgang (wobei die punktierten Ziffern die Gravidität a
in der die Krankheit auftrat):

25—30 Jahre	gebessert	—	—	3. 3. 3.,	4.
	ungeheilt	1. 1. 1.,	2. 2.,	3. 3.	—
30—35 Jahre	gebessert	—	—	3.	7.
	ungeheilt	—	—	—	5.
35—40 Jahre	gebessert	—	—	—	5.
	ungeheilt	1.	—	—	—
40—45 Jahre	gebessert	1.	—	3. 3.	—
	ungeheilt	—	—	—	—

Die 5 erstmals und 2 zum zweitenmal graviden Fra
denen die 2 schon in den Mädchenjahren Erkrankten und
Pavor nocturnus Leidende gehören, verblödeten in vers
großen Zeiträumen alle bis auf eine 43jährige erstmals Schw
die gegen Ende der Gravidität mit ausgesprochenen katato
Erscheinungen erkrankt war, einen Monat nach der Gebu
als gebessert entlassen werden konnte. Eine der Patie
die nach der Geburt als „geheilt“ erschienen war, erlitt 1½
später anläßlich der folgenden Schwangerschaft das zur Ver
führende Rezidiv. — Von den 8 in der dritten Gravidität Erk
konnten als geheilt resp. als gebessert 6 angesehen werde
der oben zitierte Fall von zehnjährigem Krankheitsinterv
rechnet ist. Diese Frau gebar fünf Jahre nach einge
Besserung noch einmal, ohne dabei wieder zu erkranke
30jährige 4. Schwangere, bei der die Besserung nur sehr l
eintrat und die 1903 entlassen wurde, erkrankte wieder
Anfang der zwei folgenden Schwangerschaften, aber oh
Anstaltsbehandlung nötig wurde, und befindet sich zurz
Die 33jährige 5. Schwangere verblödete rasch nach der

Digitized by Google

es Mannes aus. Die in ihrer siebenten Gravidität erkrankte erholte sich nur sehr langsam, konnte seither aber doch lang ihren Haushalt besorgen mit Ausnahme der Rezidive, der der vier folgenden Graviditäten und später ohne solche . Nach der Geburt besserte sich jeweils rasch ihr geistiger dieser schien durch das Stillgeschäft, das sie bei einem paar zwei Jahre lang ausübte, nicht beeinflußt zu werden. die Erscheinungsformen der Dementia praecox betrifft, en sich bei 6 Fällen hauptsächlich Zustandsbilder von nd katatonischer Erregung, bei 5 weiteren waren Wahn- n vorherrschend, die übrigen 8 Fälle waren von Anfang an nehmende geistige Schwäche — einfache Verblödung — risiert. Die meisten Heilungen resp. Besserungen zeigten der katatonischen Form Erkrankten, diese konnten alle entlassen werden, weniger die an der paranoischen mit ungen und besonders der hebephrenischen Form mit nur ung.

rperalpsychosen. Hereditär belastet waren von den peralpsychosen 25. Den Ausgang in Genesung resp. g nahm die Erkrankung in 28 Fällen, einen ungünstigen zeigten die übrigen 17 Fälle. Letztere Patientinnen ereditär nicht schwerer belastet als die Gebesserten, die llen hereditäre Belastung aufwiesen.

n Alter und Ausgang nach waren:

)—25	Jahre	alt	10	Frauen,	davon	gebessert	5,	ungeheilt	5
)—30	„	„	12	„	„	„	7	„	5
)—35	„	„	12	„	„	„	10	„	2
)—40	„	„	5	„	„	„	2	„	3
)—45	„	„	6	„	„	„	4	„	2

Geburtenzahl verhält sich zum Alter und Ausgang maßen:

5 Jahre	gebessert	1. 1. 1. 1.,	2.	—			
	ungeheilt	1.	2. 2.,	—	4. 4.	—	
0 Jahre	gebessert	1. 1.	—	3. 3. 3.	—	5. 6.	
	ungeheilt	1. 1. 1.	—	3.	—	6.	
5 Jahre	gebessert	1. 1.	2.	3. 3. 3.	4.	7. 10. 10.	

Digitized by Google

35—40 Jahre	gebessert					
	ungeheilt	1.	—	—	—	8.
40—45 Jahre	gebessert	—	2.	3.	—	10
	ungeheilt	—	2.	—	—	5.

Der Geburtenzahl nach waren es somit 14 Erst-, 6
9 Dritt-, 5 Viert- und die übrigen Fünft- bis Elftgel
Während bei Erst- und Zweitgebärenden die Zahl der G
und Ungeheilten nahezu gleich groß ist, überwiegen
Mehr- und Vielgebärenden die Heilungen resp. Besserun
konnten die 3 Zehnt- und die Elftgebärende geheilt e
werden.

Aus der Zusammenstellung ergibt sich eine größere Z
Heilungen bei älteren Patientinnen. Das Resultat mit Be
die Geburtenzahl ist kein einheitliches; doch läßt sich al
sagen, daß bis zum Alter von 25 Jahren die Prognose
mals psychisch erkrankte Erstgebärende viel günstiger ist
erstmals erkrankte Mehrgebärende. Nach 25 Jahren ke
dies Verhältnis um — hier sind es mehr die älteren Erstgeb
deren Erkrankung den ungünstigen Ausgang nimmt. Bei
mals erkrankten Vielgebärenden tritt meist Heilung resp. Be
ein. Die Krankheitsdauer bis zur beginnenden Besserung
etwa sieben bis zehn Monate — auch hier trat die Besse
einem Fall noch nach vier Jahren auf.

Schon früher erkrankt waren ohne Zusammenhang
Generationstätigkeit oder schon in der vorehelichen Zei
Patientinnen; eine weitere war gleich nach der Heirat
und verblödete nach der zweiten Geburt. Einem weitere
ging nuptiales Irresein voraus: eine Frigida, die schon Aufr
zustände einige Tage vor der Hochzeit gezeigt hatte, erkra
der Hochzeitsnacht mit heftiger Erregung. Nach drei Mona
sie scheinbar wiederhergestellt und befand sich während de
darauf folgenden Schwangerschaft geistig und körperlich s
Die Geburt war lang und schwer; Zangenextraktion in
wobei ein Dammriß dritten Grades entstand. In den ers
Tagen nach der Geburt rezidivierte die Psychose, und z
nächst unter dem Bild der Amentia. Nach wenigen Woche

Digitized by Google

rsverweigerung, Negativismus, Stereotypien. Infolge Unruhe
Dammnaht geplatzt, das in der Folge öfter auftretende
ar ohne Einfluß auf den Verlauf der Psychose und schwand
asch nach desinfizierenden Spülungen. Nach fünf Monaten
die Patientin diesen Sommer, scheinbar geheilt, entlassen
Die Prognose dürfte hier im Falle späterer Geburten
sein.

ätiologisch beim Krankheitsausbruch mitwirkende Momente
ich in 11 Fällen schwere Geburten, großer Blutverlust,
bmagerung verzeichnet, in 7 Fällen Puerperalfieber, Masti-
Influenza; in 5 weiteren psychische Traumen, natürlich
chzeitiges Zusammentreffen mehrerer dieser Schädlichkeiten.
diesen 23 Fällen ungünstig ausgehenden 8 waren relativ
Geringes mehr von Blutverlust und Puerperalfieber be-
ls die 15 Gebesserten. Bei den fieberhaften Erkrankungen
e Psychose meist nach Fieberablauf aus.

den geheilt resp. gebessert Entlassenen blieb nach späteren
gen bei 4 der Zustand leichter geistiger Schwächung und
tehen von Absonderlichkeiten, wie z. B. Leutescheu, un-
t während Jahren. Bei 10 weiteren traten Rezidive im
von 3 bis 16 Jahren nach der puerperalen Psychose auf.
eitere Geburten bei 5 davon, von denen 2 wieder entlassen
konnten, 2 verblödeten und 1 im Rezidiv starb. Von den
5 verblödete eine nach der folgenden (8.) Geburt, eine
starb im Rezidiv nach der zweitfolgenden (3.) Geburt.
jährige, indirekt hereditär belastete, im 1. Puerperium
e Frau gebar noch neunmal, das erste Rezidiv stellte sich
h 16 Jahren und ohne Zusammenhang mit der Gene-
tigkeit ein. Bei der ersten Erkrankung war die Patientin
ert, mutazistisch und zeigte große Unruhe. Nach drei
trat die anscheinend vollständige Heilung ein. Der
Anfall nach 16 Jahren trat gleichzeitig mit verspätet ein-
en Menses auf, er begann akut mit Verwirrtheit, Erregung
e Unruhe, Triebhandlungen wie Herumwerfen von Möbeln,
angem Schreien. Dazu gesellten sich massenhafte Hal-
nen auf allen Sinnesgebieten, ferner Größenideen, Ver-

as lebhafte, verwirrte Reden mit Andeutung von Ideen
anz in den Anfang der Erkrankung fiel ein kurzdauernder
ß aller Krankheitserscheinungen. Die Besserung setzte
twa einem Monat ein und erschien bald wieder als H
Während der folgenden acht Jahre machte die Patientin
yphus und eine Pleuritis durch; während ersterer Erkr
eigten sich wieder Spuren geistiger Störung. Ein eigen
ezidiv setzte aber erst im Anschluß an gemütliche Alterati
ie Patientin machte einen Suizidalversuch, indem sie si
inem Rebmesser am Hals ernstlich verletzte. Während
ezidivs war die Kranke durchweg deprimierter Stim
pathisch, stuporös, bewegte öfters nur lautlos die Lippe
ußte wegen Nahrungsverweigerung gefüttert werden. Nac
rei Monaten entzogen die Angehörigen die Patientin der A
ehandlung; über den weiteren Verlauf war leider nic
rfahren. — Der Fall schien mir erwähnenswert, indem
chwer zur Diagnose Katatonie führt, andererseits die ein
tadien auf das zirkuläre Irresein hinweisen, und, wen
ährend 24 Jahren, merkliche psychische Schwächezus
usblieben.

Eine im 10. Puerperium Erkrankte gebar noch zwein
rlitt erst 13 Jahre nach ihrer ersten Erkrankung ein
uf das wieder Besserung eintrat. Eine Erstgebärende, di
bgelaufenem Puerperalfieber erkrankt war, erlitt ein Rezid
er vierten (Zwillings-)Geburt und in der folgenden Gra
s trat jeweils Besserung ein.

Den Erscheinungen nach gehörten je zwei Fünftel de
ur hebephrenischen und katatonischen, ein Fünftel zur p
chen Form der Dementia praecox. Letztere und die katat
orm wiesen zwei Drittel Heilungen resp. Besserungen a
ebephrenische Form ein Drittel.

Laktationspsychosen. — Von den 41 in der Lak
eit psychisch erkrankten Frauen erholten sich mehr oder
3, während 17 verblödeten, und eine, ohne daß Besseru
sychischen Befindens eintrat, an Lungentuberkulose starb.
itäre Belastung, unter der wohl nur zufällig mehr Pot

eheilten in 9 Fällen. Die Mutter einer dieser letzteren nen war seinerzeit beim Stillgeschäft ebenfalls psychisch . Schon früher, ohne Zusammenhang mit der Generations- waren 4 dieser Frauen erkrankt; eine derselben hatte im e, angeblich nach Kopftrauma, einen dreimonatigen De- szustand durchgemacht. Eine weitere Elftgebärende hatte früheren Wochenbetten Aufregungszustände gezeigt. Zwei atientinnen hatten bis zum Krankheitsausbruch gestillt. sen 5 Patientinnen blieben 3 ungeheilt, während die nach ma erstmals Erkrankte sich gut erholte.

n Alter und Ausgang nach waren:

0—25	Jahre	alt	2	Frauen,	davon	gebessert	1,	ungeheilt	1
5—30	„	„	13	„	„	„	11	„	2
0—35	„	„	16	„	„	„	8	„	8
5—40	„	„	5	„	„	„	2	„	3
0—45	„	„	5	„	„	„	2	„	3

Geburtenzahl verhält sich zu Alter und Ausgang fol- aßen:

Jahre	gebessert	1.	—	—	--	—	—
	ungeheilt	—	—	3.	—	—	—
Jahre	gebessert	1. 1. 1. 1.	—	3. 3.,	4.	5. 5.	9. 9.
	ungeheilt	1. 1.	—	—	—	—	—
Jahre	gebessert	1.	2. 2.,	3.	4. 4.	5. 5.	—
	ungeheilt	—	—	3.	4. 4. 4.	5. 5.	6. 10.
Jahre	gebessert	—	—	—	—	—	6. 9.
	ungeheilt	—	—	3.	4.	—	11.
Jahre	gebessert	—	—	—	--	5.	13.
	ungeheilt	—	—	—	4.	5.	6.

nerkenswert erscheint hier die große Zahl von 11 Gebesserten von 25—30 Jahren mit über der Hälfte Mehr- und Viel- den gegen 2 ungebesserte Erstgebärende. In der folgenden ufe von 30—35 Jahren ist die Zahl der Gebesserten und lten gleich groß; letztere mit einer Geburtenzahl von 41 er 26 bei ersteren. Die beiden letzten Altersstufen weisen heilte zu 3 Ungeheilten auf, es sind alles Vielgebärende 4 Geheilten sowie die 6 Ungeheilten mit je zusammen ern. Das Verhältnis von Heilungen und Kinderzahl ist

eheilten 4 gestillt. Von den Geheilten im ganzen hab
lso etwas weniger als die Hälfte (47,8 %), von den Unge
0, somit etwas mehr als die Hälfte (55,5 %), gestil
neisten bis zum Krankheitsausbruch.

Als ätiologisch beim Ausbruch der Psychose mitwi
Momente sind bei den später Gebesserten anzuführen:
Mastitis, zweimal Influenza, wobei die Psychose jeweils na
auf dieser Erkrankungen auftrat. 8 Patientinnen waren in e
örperlichen Zustand nach schwerer Geburt und großen
erlust. 3 von diesen hatten gestillt und beschuldigten sel
chwächung durch das Stillen als Ursache ihrer Erkranku
weiteren Fällen wurden psychische Traumen beschuldig
reiviertel Jahr bestehenden psychischen Erkrankung gesell
ei einer Patientin ein Typhus, der aber anscheinend keine
uß auf die Psychose hatte, wenn nicht in Hinsicht a
Krankheitsdauer, die hier $1^1/_2$ Jahre betrug. Bei einer w
Patientin trat die Psychose bei der ersten Menstruation na
Geburt auf; bei einer anderen ging die Psychose erst w
er folgenden Gravidität in Heilung über. — Bei den un
Entlassenen kam einmal Mastitis vor, diese Patientin ha
ahin gestillt; der Krankheitsausbruch erfolgte mit dem
er Mastitis. Von 6 infolge der Geburt körperlich stark
ierten Patientinnen hatten 4 gestillt. Eine weitere, sonst
Patientin hatte ihr eigenes und ein fremdes Kind noch
eit bei schon ausgebrochener Psychose gestillt. Psy
Traumen endlich wurden bei 3 Patientinnen beschuldigt.
iesen ätiologisch an der Psychose mitbeschuldigten Mo
aren somit die Genesenen in höherem Grade als die Unge
etroffen.

Rezidive traten laut katamnestischer Erhebung bei
essert Entlassenen in 5 Fällen auf, in 2 Fällen davon na
esp. vier Geburten, und nahmen hier den ungünstigen A
n Verblödung. Bei den weiteren drei traten die Rezidiv
usammenhang mit dem Generationsgeschäft nach 3,
5 Jahren auf, in den beiden letzten Fällen hatte jede der

er neunten Geburt erkrankt war, blieb über vier weitere
n gesund, kam dann aber nochmals in die Anstalt infolge
er Zustände bei Urämie. Eine größere Zahl der gebesserten
nen Frauen, zum Teil mit 1—5 weiteren Geburten, blieb
d Jahren dauernd geheilt.
e Krankheitsdauer bis zu beginnender Besserung beträgt
—8 Monate.
ch den Erscheinungsformen gehörten $^2/_8$ der Fälle zur
schen, je $^3/_8$ zur katatonischen und hebephrenischen Form
eigten etwas über die Hälfte, erstere etwa $^2/_3$ zum Teil
weitgehende Besserungen.
zuführen sind hier noch zwei Fälle, bei denen nicht genau
mmen war, in welcher Phase der Generationstätigkeit die
e zum Ausbruch kam. Es waren eine Erst- und eine
bärende der hebephrenischen und der katatonischen Form
erblödeten.

r Zusammenstellung der einzelnen Resultate übergehend
e ich, daß bei der Verschiedenheit von Verlauf und Pro
ür die einzelnen Generationsphasen es immer nur möglich
ge Punkte gleichzeitig zu berücksichtigen.
e während einer Generationsphase aufgetretene Dementia
hat mit 57 % Heilungen resp. Besserungen eine hervor
günstige Prognose gegenüber den Fällen, in denen die
e ohne Zusammenhang mit dem Generationsgeschäft auftritt
r hereditären Belastung (55 %) kann keine Bedeutung hin
n der Prognose beigemessen werden; bei den Geheilten
sie 1 % mehr als bei den Ungeheilten. Um so mehr aber
e Prognose durch eine frühere geistige Erkrankung oder
ur abnorme Erscheinungen auf psychischem oder nervösem
wie sie besonders vor Graviditätspsychosen beobachtet
verschlechtert. Bei solchen Patientinnen nahm die Psy
en ungünstigen Ausgang bei der ersten Erkrankung beim
ionsgeschäft oder in einem späteren Rezidiv in $^6/_7$ der
ei Graviditäts-, in $^1/_2$ bei Puerperal- und $^3/_5$ bei Laktations

nden sich bei den Graviditätspsychosen in 31,6 %, be
uerperal- und Laktationspsychosen in 51,1 und 63,4 %
älle. Bei ersteren mit Ausnahme des Erysipels nur psyc
raumen, bei beiden letzteren neben solchen schwere Erkrank
ie puerperal infektiöse Vorgänge, Mastitis, Influenza,
chädigung durch lange schwere Geburten, Blutverluste u
höpfung durch das Stillgeschäft. Wahrscheinlich waren
uerperale Infektionen in größerer Zahl als aufgeführt
ei später Geheilten wie Ungeheilten vorgekommen, nur
e von den Angehörigen übersehen worden und bei Eint
e Anstalt schon abgelaufen. Ob sie die Psychose, als v
eburt oder dem Stillgeschäft vorbereitet, ausgelöst haben,
cht zu entscheiden sein; in weiteren Fällen könnte es sich
n „Influenzapsychosen" gehandelt haben, die nur zeitlic
em Wochenbett oder der Laktation zusammentrafen. —
uch diese Momente beeinflussen die Prognose nicht wese
dem die Gesamtzahl der Genesenen davon in 54,2 %, d
ngeheilten in 50 % der Fälle davon betroffen waren,
mit um 4,2 % mehr; bei den Ungeheilten der Graviditä
uerperalpsychosen überwogen allerdings um ein Wenig
hwereren Erkrankungen.

Für alle Phasen zusammengestellt, waren dem Alte
usgang nach:

—25	Jahre	12	Frauen,	davon	geheilt	6,	ungebessert	6 = 50 %	He
—30	„	36	„	„	„	22	„	14 = 61,1 %	
—35	„	31	„	„	„	20	„	11 = 64,5 %	
—40	„	12	„	„	„	5	„	7 = 41,7 %	
—45	„	14	„	„	„	9	„	5 = 64,3 %	

Hinsichtlich des Lebensalters ist bei den Graviditätspsy
as Fehlen von Patientinnen im Alter von 20—25 Jahr
erkenswert. Die Altersstufe von 25—30 Jahren umfaßt 5
er Erkrankungen mit nur etwa 1/3 Heilungen; diese be
ritt- und Viertschwangere, bei den Ungeheilten überwiegen
nd Zweitschwangere. In den folgenden Altersstufen besse
usehends die Prognose — die 3 ältesten Patientinnen k
le gebessert entlassen werden.

den Puerperalpsychosen verteilen sich 75,5 % der Fälle
gleichmäßig auf die drei Altersstufen von 20—35 Jahren
te weist die Hälfte Geheilte auf, die fast ausschließlich
ärende sind, die Ungeheilten sind in der Mehrzahl Mehr
de. In den zwei folgenden Altersstufen überwiegen um
die Mehrgebärenden unter den Geheilten, diese stellen
Alter von 25—30 Jahren etwa $^2/_3$ und für 30—35 Jahre
Fälle dar und haben somit die beste Prognose. Für die
ltersklassen von 35—45 Jahren ist die Prognose wenige
als bei den Graviditätspsychosen, nämlich ungefähr die
Heilungen, auf Mehr- und Vielgebärende ziemlich gleich
verteilt.

—25 Jahre alte Patientinnen finden sich bei den Laktations
en nur zwei; 70,7 % befanden sich im Alter von 25 bis
ren. Dabei hat die Altersstufe von 25—30 Jahren die
Prognose mit etwa $^5/_6$ Heilungen, die meist Mehr- und
ärende betrafen; die Ungeheilten sind Erstgebärende. Für
genden Altersklassen wird die Prognose schlechter, für
Jahre die Hälfte, für 35—40—45 Jahre je $^2/_5$ Heilungen
teren wiesen die Ungeheilten eine größere Geburtenzahl
letzteren die Geheilten.

ufig bleiben die Menses während der psychischen Erkrankung
zugleich mit beginnender Genesung oder nach eingetretener
ung wieder aufzutreten. Andererseits kann die Psychose
Laktationsphase bei den erstmals nach der Geburt sich
einstellenden Menses ausbrechen.

e durchschnittliche Graviditäten- resp. Geburtenzahl betrug

bei den Graviditätspsychosen 2,84
„ „ Puerperalpsychosen 3,55
„ „ Laktationspsychosen 4,41

e Geburtenzahl verhält sich zum Ausgang:

	I. parae		II. parae		III. parae		IV. parae		V. parae		VI. parae	
	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.
v.	1	4	—	2	6	2	1	—	1	1	—	—
p.	8	6	3	3	7	2	3	2	1	1	1	1
.	6	2	2	—	3	3	3	5	5	3	1	2
	15	12	5	5	16	7	7	7	7	5	2	3

Digitized by Google

	VII. parae		VIII. parae		IX. parae		X. parae		XI. parae		XII.
	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.
Grav.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Puerp.	1	—	—	1	—	1	3	—	1	—	—
Lakt.	—	—	—	—	3	—	1	—	1	—	1
	2	—	—	1	3	1	4	—	2	—	1
	2		1		4		4		2		

Somit	I.	parae	27 = 25,7 %	davon Heilungen	55,5 %
	II.	„	10 = 9,5 %	„ „	50,0 %
	III.	„	23 = 21,9 %	„ „	69,6 %
	IV.	„	14 = 13,3 %	„ „	50,0 %
	V.	„	12 = 11,4 %	„ „	58,3 %
	VI.	„	5 = 4,8 %	„ „	40,0 %
VII.—XIII.		„	14 = 13,3 %	„ „	85,7 %

Die Krankheitsdauer beträgt:

bei	Graviditätspsychosen	8—14 Monate
„	Puerperalpsychosen	7—10 „
„	Laktationspsychosen	7—8 „

wobei die erste Zahl das Mittel aus der Großzahl der vor
Krankheitsdauer gebessert Entlassenen angibt; die zweit
en Gesamtdurchschnitt).

Es sind nun noch die später aufgetretenen Rezidive
ühren, wie sie bei den Einzelabschnitten oben beschriebe
Mit und ohne weitere Geburten teils mehrfach kamen sie

Graviditätspsychosen:	bei	10	Gebesserten	5	Rezidive = 50,0
Puerperalpsychosen:	„	28	„	10	„ = 35,7
Laktationspsychosen:	„	23	„	5	„ = 21,7

Ungefähr die Hälfte der Patientinnen erholte sich v
Rezidiven wieder.

Hinsichtlich dieser Rezidive haben die Graviditätspsy
die schlechteste Prognose, ebenso betreffs der Krankheit
Ferner weisen sie die niedrigste Graviditäts- resp. Geburt
auf, als ätiologisch mitwirkende Momente fast ausschließl
gemütliche Alterationen; es scheinen größtenteils neu
psychopathische Individuen zu sein, bei denen die Anforde
einer oder weniger Graviditäten resp. Geburten eine Psycho
lösen. Von den gleichen Faktoren ausgehend, haben die Lak

ittelstellung einnehmen. Nach überstandener Gravidität
se scheint eine weitere Schwangerschaft ohne Rezidiv zu de
mmen zu gehören, während die Patientinnen nach Laktations
sen vielfach nicht nur eine weitergehende, der Heilung öfte
ommende Besserung zeigten, sondern zum Teil über mehrer
Geburten gesund blieben. —
allgemeinen blieben von Rezidiven mehr diejenigen Fraue
nt, die keine oder nur noch wenige und zeitlich weit aus
erliegende Geburten durchmachten.
der Anamnese fand ich einige Male bei erstmals Erkrankte
sich folgende Geburten als Krankheitsursache beschuldig
genauere Kenntnis von der Häufigkeit dieser Tatsache in
einen scheint mir diese Annahme nicht berechtigt. Au
leichen Grunde kann auch nicht von einer besondere
g Erst- usw. Gebärender zu psychischer Erkrankung ge
en werden.
der Erwartung, daß zwischen Geburtenzahl und psychische
kung überhaupt sich ein bestimmtes Verhältnis finden lass
ich vergleichsweise die sämtlichen in den letzten 10 Jahre
r Anstalt ausgetretenen Frauen nach ihrer Geburtenzah
borten) zusammen. Das Ergebnis war ein überraschendes
davon hatten einmal geboren, — was so ziemlich gleich
den 25,7% an Dementia praecox anläßlich der Generations
it erkrankten Erstgebärenden. Wenn nur die im generations
Alter von 18—45 Jahren Erkrankten berücksichtigt werde
en sich überhaupt 30,3% Erstgebärende darunter. Die
t aus 384 Fällen dürfte mehr im Sinne der Entlastun
nerationsvorgänge als Psychosen veranlassendes resp. aus
es Moment sprechen, es müßte denn eine Gravidität ode
als ein auf Jahre hinaus die Disposition zu psychische
kung bewirkender Faktor angesehen werden: gegen erstere
aber neben oben Angeführtem noch der Befund eine
größern Zahl älterer Patientinnen, als sonst bei der De
praecox im allgemeinen gefunden werden.
emerkenswert erscheint mir ferner der Befund, daß vo
diesen Frauen diejenigen mit einer Geburt zu 68,3% in

ebärenden nur 59,5 % in diesem Alter erkrankten. Vo
dig resp. ohne Nachkommen gebliebenen 355 Patiente
ämlichen Zeitabschnitts waren 86,2 % im generationsf
lter erkrankt.

Es bliebe nun noch der Einfluß unehelicher Graviditä
eburt auf die Gesamtzahl der Generationspsychosen b
ementia praecox und, um Wiederholungen zu vermeiden,
eitig auch bei den anderen Formen psychischer Erkra
stzustellen. Unter den 107 an Dementia praecox erkr
atientinnen finden sich 9 unehelich geschwängerte, somit
nter Berücksichtigung aller 221 Fälle 7,7 %. Nun beträ
en Kanton Baselstadt der Prozentsatz unehelicher Geburte
870—1900 im Durchschnitt 10,4 %; für Baden 8,28 und 7
den Jahren 1890 und 1900, für Elsaß-Lothringen in den
chen Jahren 8,04 und 7,5 %.

Die öfters vertretene Ansicht von der größeren Neigu
nelich Schwangerer und Gebärender zu psychischer Erkra
nd deren Ursache auf psychische Momente, wie Scham,
r die Zukunft, Zerwürfnisse mit der Familie, zurückzuf
ann somit nicht mehr aufrecht erhalten werden. Ganz allg
eweisen diese Zahlen auch, daß psychische Einflüsse n
orhandener Prädisposition Psychosen auszulösen vermöge

Manisch-depressives Irresein.

Einfache und periodische Manie und Melancholie, mi
ahme der Melancholie des Rückbildungsalters, periodische
oia. zirkuläres Irresein sowie Mischformen von Manie u
ression sind nach *Kraepelin* Sondergestaltungen des gemein
rankheitsvorgangs des manisch-depressiven Irreseins.

Von den 32 an dieser Psychose Erkrankten war
= 81,2 % hereditär belastet, und zwar meist schwer:
ehäufter Vererbung fand sich besonders auch Alkoholism
ltern. Öfter wurde gleichartige Vererbung beobachtet; die
weier Patientinnen waren s. Z. beim Generationsgeschäft eb
sychisch erkrankt; von einer in der Laktationsphase an ag
epression Erkrankten verfiel die Tochter im Wochenbett eb

l Anfälle der Krankheit schon in den Mädchenjahren ge-
Durch wiederholte Erkrankungen konnte die Diagnose in
en sichergestellt werden; in den 3 übrigen starben von
tmals psychisch Erkrankten 2 im Anfall an Pneumonie
erkul. pulm., von der dritten war später nichts mehr in
ng zu bringen.

ch dem Krankheitsausbruch fielen 4 der Fälle in die
äts-, 19 in die Puerperiums- und 9 in die Laktations-
Von den letzteren waren, wohl nur zufällig, nur 5 Pa-
en hereditär belastet.

25—30	Jahre	alt	waren	12	Patientinnen
30—35	„	„	„	10	„
35—40	„	„	„	7	„
40—45	„	„	„	3	„

e 4 Graviditätspsychosen begannen dreimal mit einem
ionszustand und einmal mit manischer Erregung und be-
Erst- und 1 Sechstschwangere. 3 der Fälle, wozu der
nischer Erregung gehört, fielen in den Anfang der Gravi-
nd waren nach drei, vier und fünf Monaten abgelaufen.
urt verlief jeweils ohne psychische Störung. Der Fall
ravidität war ein zehntägiger Depressionszustand, der drei
nach der Geburt rezidivierte. Die Sechstschwangere
r depressive Stadien auf. In allen 4 Fällen traten zum
hrfache Rezidive auf, bei einer Patientin mit einer weiteren
vier Wochen nach dieser. Die Wiederherstellung war in
eine vollständige, in 1 Fall mit schon früherer Erkrankung
später noch öfters Spuren der Krankheit zu bemerken.

n den 19 im Puerperium Erkrankten hatten 15 normal
, 2 waren von infektiös puerperalen Vorgängen betroffen
die 2 übrigen erkrankten beim Auftreten von Angina und
l. Bei 5 Patientinnen war die Psychose schon früher auf-
, bei einer davon als prämenstruelles, bei einer anderen
otiales Irresein. Letztere Patientin machte dabei einen
ionszustand in der Dauer eines Jahres durch: die erste
verlief normal, hingegen rezidivierte die Psychose zwei
ch der zweiten Geburt. Mehrere Patientinnen hatten schon

steigernde Aufregungszustände gezeigt. Die meist in der
vierzehn Tagen p. p. auftretende Psychose begann in gleich
mit manischen wie depressiven Phasen; ein eigentlicher Tol
anfall wurde nur einmal und zwar bei der Patientin mit
beobachtet. Die Krankheitsdauer betrug ca. fünf bis neun
die Wiederherstellung war meist als vollständige anzuseh
Einfluß der Art des Krankheitsbeginns auf die Dauer der
heit war nicht zu erkennen. Vor Eintritt der Besserung
2 Patientinnen, eine an Lungentuberkulose, die andere a
monie und Myokarditis, die nach Angina aufgetreten war

Zum Teil mehrfache Rezidive traten in 16 Fällen
schon im Verlauf der nächsten fünf bis sechs Jahre, in 4
erstmals nach achtzehn bis vierundzwanzig Jahren. 5 der
machten noch wiederholte Geburten durch, eine davon
ersten und fünften normalen Puerperium erkrankt, das f
Rezidiv trat erst im elften Puerperium nach abgelaufenem G
erysipel auf; eine weitere erlitt Rezidive je in zwei fo
Laktationsphasen gleichzeitig mit dem erstmaligen Wiedera
der Menses. Im übrigen stellten sich die Rezidive gele
nach Trauma oder Infektionskrankheiten ein, in der M
aber ohne jede erkennbare äußere Ursache. Auch v
Rezidiven erholten sich die meisten Patientinnen wieder voll
einige Male wurden Charakterveränderungen bemerkt, oder
periodische Unruhe auf, die sich z. B. in unstetem Umh
äußerte. Patientinnen, die schon in den Mädchenjahren Sy
der Krankheit geäußert hatten, blieben auch zwischen den
Rezidiven psychisch auffällig. Die späteren Rezidive ware
von längerer Dauer als die vorhergehenden und die
Krankheitsintervalle von kürzerer Dauer.

Von den 9 in der Laktationszeit Erkrankten hatten 6
geboren, die übrigen hatten schwere Geburten mit große
verlust, einmal mit puerperaler Infektion, durchgemac
3 Fällen war das Kind während oder bald nach der Ge
storben. 3 der Frauen hatten bis zur Erkrankung gestillt.
früher psychisch erkrankt waren 2 der Frauen. Meist b
Psychose im dritten bis fünften Monat p. p. aus die Heil

nehrfache Rezidive ein, eine Patientin befindet sich z. Z
Behandlung. Über 1 und 3 Geburten blieben 2 Frauer
und erkrankten später aus unbekannter Ursache wieder
ndere in der dritten Laktationszeit erkrankte Frau geba
weimal, ohne zu erkranken, ein Rezidiv trat erst in de
n Laktationszeit ein. Das folgende Krankheitsinterval
zehn Jahre, worauf jährlich Rezidive auftraten. Ein
Frau, bei der nur depressive Phasen beobachtet wurden
nach der ersten Geburt einen Depressionszustand durch
t, blieb über 2 folgende Geburten gesund und erkrankt
er 4. normalen Geburt in der Laktationsphase, dann wiede
6. Laktationsphase nach Zangengeburt und fieberhaften
nbett. Jeweils nach zwei bis dreieinhalb Monaten war si
hergestellt, 2 weitere schwere Geburten und 2 Aborte mi
Blutverlust lösten die Psychose nicht wieder aus; dies
st zwei Jahre später wieder während drei Monaten auf
ch infolge Trennung von einem Kinde. Das nächste Rezidi
sich fünf Jahre später ein, nach vierzehn Tagen starb di
in an hinzugetretener Pneumonie.
vei dieser Patientinnen mußten später dauernd in die An
ufgenommen werden, da die Rezidive immer häufiger un
und die Krankheitsintervalle sehr kurz wurden. Bei de
, ins Klimakterium getretenen Patientin trat überdies ein
he Intelligenzabnahme ein. — •
uftreten und Verlauf des während der Generationstätigkei
rochenen manisch-depressiven Irreseins zeigt somit nur ge
Beeinflussung durch jene Vorgänge. Am besten zeigt das ei
ch mit der Dementia praecox. Während hier alle Graviditäts
sen über die Geburt hinaus dauerten, ging die Psychose bei de
h-depressiven Patientinnen noch während der Gravidität i
g über. Ferner zeigt, ebenfalls im Gegensatz zur Dementi
k, die Regellosigkeit des abwechselnden Auftretens der Rez
den verschiedenen Phasen des Generationsgeschäftes, sowi
kranken bei normalen Entbindungen und Gesundbleiben de
hen Patientinnen bei schweren Geburten, daß das manisch
ive Irresein wohl durch Generationsvorgänge ausgelöst werde

rch sie aber nicht beeinflußt wird.

Der früher anderwärts ausgeführte Versuch, durch künst
ühgeburt den Ausbruch der Psychose zu verhindern, oder
nfall abzukürzen, hatte zur nämlichen Erkenntnis geführt

Die durchschnittliche Graviditäten- resp. Geburtenzah
stmals beim Generationsgeschäft Erkrankten betrug 3,6
ederste Ziffer wiesen auch hier wieder die Graviditätspsyc
t 2,2 auf; auf die Puerperal- und Laktationspsychosen k
9 und 3,6. Erstgebärende waren zu 25,8% vertreten.

Hysterie.

Wie beim manisch-depressiven Irresein ist auch die Ge
nstätigkeit auf den Verlauf und die Dauer des hysteri
reseins von geringem Einfluß. Wenn sich dieser über
ßert, geschieht dies meist nur als Verschlimmerung eines
stehenden krankhaften Zustandes; jedenfalls ist die Zahl
lle sehr klein z. B. gegenüber den durch die Menstru
sgelösten Störungen. Die hier angeführten Fälle von Hy
d solche, die in ihrem Verlauf ausgeprägte psychische Stör
fwiesen. Hereditäre Belastung fand sich zu 71,4%. Vo
Patientinnen hatten 10 schon früher, zum Teil schon i
nderjahren, Zeichen ihrer hysterischen Veranlagung ge
er ihr Zustand hatte schon Anstaltsbehandlung nötig ersch
sen. Aber auch bei den Fällen, deren Krankheitsäußer
m Generationsgeschäft intensiver geworden waren, konnte
ankheitssymptome während mehreren folgenden Geburten
iben und sich später ebenso heftige Rezidive nach ger
mütsbewegungen einstellen. Mit 2 unten erwähnten Ausna
te keine der weiteren Geburten Zustände aus, die Ans
handlung erforderten. Die Prognose ist gut für die einz
fälle psychischer Störung, schlecht in Hinsicht auf die
en Rezidive, welche dauernden Anstaltsaufenthalt nötig ma
nnen. In 7 Fällen traten als ätiologisch mitwirkende Mo
Generationstätigkeit: je 2 mal Puerperalfieber, Influenza,
sche Traumen, und je 1 mal Anämie und körperliches Tra

er Krankheitsbeginn oder das Auftreten eines Rezidivs konnt
ällen auf die Gravidität, in 8 und 3 Fällen in die Zeit de
riums und der Laktation zurückdatiert werden; in de
n 3 Fällen war der zeitliche Krankheitsausbruch nicht ge
zu bestimmen. Während in allen diesen Fällen anläßlic
nerationsgeschäftes deutliche Zeichen hysterischer Veran
auftraten, wurden deutliche psychische Störungen nur i
der Fälle direkt im Anschluß daran beobachtet; in diese
erreichte die psychische Störung öfters erst nach Jahre
öhepunkt, in den übrigen wurde sie zum Teil erst nac
manifest.

stmals auftretende Anfälle wurden bei einer erstmals Gra
nd im Wochenbett einer Erstgebärenden beobachtet. Be
ehntgebärenden, die seit drei Jahren an Anfällen zur Zei
nstruation litt, wurden sie während der letzten Graviditä
m Wochenbett häufiger. — Bei einer tabischen, seit ihre
ahren als „nervös“ bezeichneten Patientin war die Psychos
schluß an Puerperalfieber nach der zweiten Geburt auf
und nach einem Jahr anscheinend geheilt; neun Jahr
trat sie nach der sechsten Geburt ebenfalls nach Puerperal
ieder auf. Die Psychose äußerte sich besonders in hypo
schen Beschwerden, langdauernder, grundloser, traurige
mung, Selbstvorwürfen, leichter Reizbarkeit und Aufregungs
en. Seit sieben Jahren fühlt sich die Patientin nie meh
on ihren Beschwerden frei; eine Intelligenzabnahme de
nlagten und gebildeten Patientin war nicht zu erkennen
einer anderen Patientin, die bisher nur durch ihre
chen Charakter auffällig gewesen, trat vierzehn Tage nac
rten Geburt vorübergehend ein Dämmerzustand ein. Di
n blieb damals achtzehn Monate in Anstaltsbehandlung
n folgenden Wochenbett, aber auch bei Schwächezuständen
e sich die Intensität ihrer hysterischen Erscheinungen i
e Familie unerträglicher Weise, so daß die Patientin vie
nach der dreizehnten Geburt wieder für einige Wochen i
sbehandlung kam.

e mittlere Graviditäten- resp. Geburtenzahl betrug 3,4; Erst

Digitized by Google

Akute Verwirrtheit (Amentia).

Die chronische nervöse Erschöpfung, das Collapsde
d die akute Verwirrtheit sind von *Kraepelin* unter de
ichnung „Erschöpfungsirresein“ zusammengefaßt worden,
s Amentia diejenigen Fälle aufzufassen sind, „bei welche
folge einer greifbaren äußeren Schädlichkeit akut ein Zu
aumhafter Verworrenheit, illusionärer oder halluzinatorische
schung der Wahrnehmung und motorischer Unruhe entw
r bei günstigem Verlaufe frühestens nach zwei bis drei Mo
r Genesung führt.“

Daß hier neben Infektionskrankheiten Geburt und Woch
uptsächlich in Betracht kommen, ist leicht ersichtlich.
m ist die Krankheit als seltene anzusehen, indem nach
ngrenzung viele durch das Generationsgeschäft ausgelöste
n Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein
ther zur Amentia gerechnet wurden, nun aus dieser G
sscheiden.

Die 15 Amentia-Patientinnen waren in 6 Fällen = 40 % e
är belastet; bei 10 kam die Krankheit im Puerperium
mal nach Abort), bei den übrigen 5 in der Laktationszei
sbruch.

Vier der Frauen erkrankten nach normaler Geburt; e
er gehäuft fanden sich: infektiös-puerperale Erkrankung
Fällen, schwere Geburt und großer Blutverlust in 9 F
astitis, Erysipel, Influenza und Rheumatismus je in 1
rner psychische Traumen in 3 Fällen; gestillt hatten von
auen 6.

20—25	Jahre	alt	waren	3	Frauen
25—30	„	„	„	5	„
30—35	„	„	„	3	„
35—40	„	„	„	1	„
40—45	„	„	„	3	„

Die Genesung trat nach einer durchschnittlichen Krank
uer von dreieinhalb Monaten ein. Die Gewichtszunahm
ganz erstaunlich, in einem Fall in anderthalb Monate
kg, in einem andern in sechseinhalb Monaten um 9
e Patientin, über die spätere Erhebungen ohne Erfolg bl

geholt worden.

e Mutter einer im Puerperium erkrankten Frau war s. Z. in Wochenbett ebenfalls während acht Tagen geistig gestör n. Eine Fünftgebärende, die fünf Wochen p. p. erkrank atte erstmals nach dieser Geburt gestillt; bei einer Viert den zeigten sich die Prodrome schon am Ende der Gravi s Aufregungszustände nach Schreck infolge Suizidalversuch Nachbars. Diesmal weigerte sich die Frau, ihr Kind zu während sie früher jeweils ein halbes Jahr gestillt hatte rittgebärende, die sechs Monate p. p. erkrankt war und hin gestillt hatte, war neun Jahre früher schon sechs nach der zweiten Geburt psychisch erkrankt, nur vie und kürzer, so daß damals keine Anstaltsbehandlung ein mußte. Nach der erstmaligen Erkrankung gebaren noch r mehrmals 5 Frauen, ohne dabei nochmals psychisch zu en. Eine dieser Frauen war sieben Wochen nach fieber dritten Wochenbett an Erysipelas faciei mit Fieberdelirien t, war dann acht Tage vollkommen klar, worauf die e einsetzte. Diese kam nach fünf Monaten zu dauernde , die Frau gebar ohne weitere Störung während der en zehn Jahre noch dreimal und stillte jeweils ein Viertel halbes Jahr.

ngegen wurden 2 Rezidive ohne Zusammenhang mit den ionsgeschäft beobachtet. Bei einer nach der siebenten Erkrankten trat fünf Jahre später infolge Herzfehler und körperlichen Befindens ein einmonatiges Rezidiv auf dere, nach Abort und rheumatischer Infektion drei Monate entia erkrankte Frau blieb über eine weitere Geburt ahre später und den im folgenden Jahre auftretenden heumatismus gesund, erst sechs Jahre nach dem erst Ausbruch der Psychose erkrankte sie nach fieberhaften heumatismus unter den nämlichen Symptomen nochmals eieinhalb Monate. Eine im achten Puerperium erkrankte ebar noch zweimal ohne Störung, viele Jahre später er sie an Dementia senilis. Bei einer in der zweiten

nderthalb Monaten trat die Heilung ein; die Frau blieb g
er zwei weitere Geburten und eine spätere schwere Ope
abdomine. Dem Verlauf nach dürfte dieser Fall eig
n infektiösen Schwächezuständen zuzurechnen sein.

Die durchschnittliche Geburtenzahl der erstmals erkra
rauen betrug 3,3; Erstgebärende waren zu 20% vertrete

Übrige Fälle.

In den 11 Fällen epileptischen Irreseins fand sich
täre Belastung zu 60%, darunter einmal gleichartige.
ese Patientinnen litten an typischen epileptischen Anfällen
Patientinnen trat der erste Anfall in einer Phase der Genera
tigkeit auf, nämlich bei einer 39jährigen erstmals Gra
ngeblich nach Schreck, ferner bei einer dritten und se
raviden; bei einer Erstgebärenden nach Zangengeburt, bei
euntgebärenden nach Frühgeburt, ferner einmal in der Lakt
hase. Von den 5 übrigen war eine Patientin mit neun J
ne weitere mit sechzehn Jahren nach Eintritt der ersten M
e übrigen ebenfalls noch in der vorehelichen Zeit erkrank
s Generationsgeschäft brachte mit einer Häufung von An
eist gegen Ende der ersten Gravidität nur Verschlimmerun
hon bestehenden Krankheit. So traten bei einer Patient
om neunzehnten Jahre an jeweils zur Zeit der Menses einen
kam, solche in der ersten und zweiten Gravidität jeden se
ng auf. Die p. p. aussetzenden Anfälle traten jeweils m
sten Menses nach der Geburt wieder auf. Bei einer
atientin brachte erst die vierte Gravidität eine wesentlich
hlimmerung, im Alter von zweiundzwanzig Jahren hört
nfälle auf, und es trat zugleich ein postmenstruelles perio
resein auf, das in wenigen Jahren zu tiefer Verblödung

In den 12 Fällen alkoholischen Irreseins fand s
0 Fällen hereditäre Belastung, achtmal davon in Alkoho
nes oder beider Eltern bestehend; einmal waren die here
erhältnisse unbekannt. Vielleicht war die Verschlimmeru
hon bestehenden Alkoholismus nur in äußeren Zufälligkeite
edingungen von Gravidität und Puerperium begründet;

mit Auftreten von Delirium tremens und Eifersuchtswah
s Generationsgeschäft wohl nur den letzten Anstoß zum Aus
der Psychose. Wenn sich bei einer mit chronischem Deliriu
etenen Patientin anamnestische Angaben finden wie: „Ve
onaten im letzten fünften Wochenbett fing die Patientin a
r Hebamme an, zur Stärkung Kognak zu trinken“, so wir
aubwürdigkeit solcher Angaben gleich durch die Erfahrun
egt, daß sich ein Delirium tremens erst nach mehr- od
rigem Abusus spirituosorum einzustellen pflegt.

der Mehrzahl der Fälle gaben die Angehörigen der Pa
nen denn auch einen mehrjährigen, in einem Fall bis i
nderjahre zurückreichenden Alkoholabusus zu. Zum Te
die Patientinnen auch in Gewerben beschäftigt, in dene
h größere Mengen Alkohols leicht verschaffen konnten.

der Hälfte der Fälle wurde Delirium tremens beobachte
l im Puerperium und zweimal in der Laktationsphase. A
isch mitwirkende Momente traten in 2 Fällen Mastitis un
rheumatismus hinzu.

ei dem überaus häufigen Vorkommen von Neurastheni
en immerhin nur die schwersten Fälle in psychiatrisch
dlung. In den 5 Fällen dieses Leidens waren einm
ondrische Beschwerden, zweimal Zwangsvorstellungen i
der psychischen Erkrankung vorherrschend.

s fand sich nur in 2 Fällen hereditäre indirekte Belastun
l kam die Erkrankung während der zweiten Gravidität zu
ch, angeblich infolge Schrecks beim Anblick des unter Ko
en sterbenden ersten Kindes. Die sich besonders in Zwang
lungen äußernde Krankheit dauert nun seit vierzehn Jahre
ndert an. Eine weitere Geburt war ohne nachweisbare
auf die Patientin; das ältere ihrer Kinder wird als nerv
dert.

ei einer weiteren Patientin traten die hypochondrische
verden im Anschluß an Abort mit großem Blutverlust a
erschlimmerten sich über die folgende zehnte Geburt.

den 3 übrigen Fällen trat die Krankheit in der Laktation
auf, bei einer Erstgebärenden nach fieberhaftem Woche

veitgebärenden mit normaler Geburt wurden unglückliche
he Verhältnisse beschuldigt. Eine deutliche Besserung
ährend der Anstaltsbehandlung konnte nur in 2 der Fäl
elt werden.

In den 4 Fällen von progressiver Paralyse trate
sten Symptome der Krankheit einmal in der Gravidit
n übrigen Fällen nach einer Geburt auf. Die Patientinne
nden sich im Alter von neunundzwanzig bis vierzig Jahre

Wenn hier dem Generationsgeschäft ein Einfluß über
geschrieben werden kann, dürfte sich dieser nur im Ma
erden schon bestehender organischer Veränderung äußern.

Psychische Störungen bei Eklampsie kommen nach *Olsh*
6% der Fälle vor. Die 2 Fälle von eklamptischem In
igten einen nahezu gleichartigen Verlauf und betrafen
veit- und eine Erstgebärende. Bei letzterer zeigten sic
odrome der Krankheit schon drei Wochen ante partu
lemen, Schlaflosigkeit und stetem Kopfweh. Am ersten
ch der Geburt traten mehrere Krampfanfälle auf, gefolg
nem dreitägigen Koma. Am fünften Tag war die Patient
arem Bewußtsein, am folgenden Tage trat die Psychose
f, sich äußernd in Verwirrtheit, Ratlosigkeit, großer U
gstlichen Halluzinationen und Illusionen. Am fünften Tage
usbruch der Psychose war die Patientin wieder vollständig
d konnte die noch wiederholt in geringerer Intensität
etenden Halluzinationen und Illusionen leicht korrigieren.
in war während des vierzehntägigen Anstaltsaufenthalts i
weißhaltig, im Anfang fanden sich auch zahlreiche Zylind

Der Fall von Chorea betraf eine zwanzigjährige
hwangere im zweiten Monat der Schwangerschaft. Die
tin starb am Tag nach eingetretenem Abort, zwölf Tage
usbruch der motorischen Erscheinungen. Psychotische
ngen der Erkrankung konnten während der ganzen Zeit
obachtet werden. —

Der letzte Fall war ein forenser und betraf ein imb
ädchen, das zur Beurteilung seines Geisteszustandes i
nstalt gebracht wurde. Gravidität und Geburt waren hier
nfluß auf den bestehenden geistigen Schwächezustand.

Digitized by Google

ie 13 unsicheren Diagnosen betreffen Fälle, in dene
zu kurzen Anstaltsaufenthalt oder infolge Tod der Patie
bald nach Ausbruch der Psychose sich keine exakte Di
stellen ließ, ferner Fälle, in denen die katamnestische
en die früher gestellte Diagnose als zweifelhaft erscheine
So dürfte es sich in 2 als „Amentia“ diagnostizierten Fälle
cheinlich um Phasen des manisch-depressiven Irreseins g
t haben; dahin gehörten vielleicht auch 3 weitere Fäll
iem Fall war Paralyse fraglich, bei einem anderen Dement
x. In einem weiteren Falle handelte es sich vielleicht u
ückbildungs-Melancholie, die bei einer 45jährigen Patient
Monate nach der sechzehnten normalen Geburt bei Wiede
der Menses ausbrach. Die Menses traten in der Folg
zweimal auf, dann in den folgenden fünf Monaten nic
Über den Fall war später nichts mehr zu eruieren. Ei
ne Patientin endlich, die je einmal in der Puerperiums- u
ionsphase erkrankt war, wies eine Form psychischer E
ung auf, die sich auch bei mehrjähriger Beobachtung kein
schriebenen Krankheitsformen zuteilen ließ.

Literatur.

erperalpsychosen, Enzyklopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie v
Sänger und v. Herff.

enburg, Über die klinischen Formen der Wochenbettspsychosen. All
Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LVIII.

ur Ätiologie der Puerperalpsychosen. Ref. Neurol. Zentr. Bl. 189
Nr. 11.

er, Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. für Psyc
Bd. V. 1874.

Puerp. Infektion u. Geisteskrankheit. Zeitschrift für Geburtshülfe u
Gynäkologie 1888.

Über puerperale Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. XXIV.

Symptomatologie u. Prognose der im Wochenbett entstehenden Geiste
törungen. Arch. f. Psych. Bd. XXV.

in, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.

E., Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berliner klin. Wochenschr

Digitized by Google

auftretenden. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XXI.
ierperalpsychosen - Diskussion im Lancet. Zentralblatt für Gynäk
Juni 1903.
ipping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen un
genden. 1877.
egenthaler, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D.; Wien 1898.
iemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Lehrbuch der Psy
von Binswanger, Siemerling, Cramer, Hoche, Westphal u. Woll
1904.

Digitized by Google

Ätiologie und Symptomatologie der Katatoni

Von

a.o. Professor Dr. **Pfister,**

I. Assistenten der psychiatrischen Klinik zu Freiburg.

Wenn auch unser Wissen von der katatonen Form d
ntia praecox im letzten Jahrzehnte in ganz bedeutend
ich brauche nur an die Arbeiten von *Kraepelin,* von *Schü*
r, Aschaffenburg u. a. zu erinnern, vermehrt wurde,
doch noch manche Seiten der Symptomatologie dieser Kran
ruppe unerforscht, und über ihre Ursachen sind wir, mög
e Vermutungen auch in bestimmter Richtung sich imm
verdichten, vorläufig noch ebenso im unklaren, wie
Schilderer dieses eigenartigen Leidens. Schon desweg
ne Vermehrung des in der Literatur niedergelegten kasuis
Materiales erwünscht. Vor allem aber schien mir die Ve
ichung des der vorliegenden Arbeit als Basis dienend
angezeigt, weil er zu ätiologischen Erwägungen, path
schen Betrachtungen besonders herausfordert und seine
als einer Beziehung eigenartige Symptomatologie ihn a
lltäglichen Katatoniefällen heraushebt.

. Fr., geb. 12. März 1866, Bauer. Hereditäre Verhältnisse unbekan
e Entwicklung. Mit 15½ Jahren (1881) schwere Verletzung
lknochens und der Weichteile dadurch, daß der Lauf einer nach ob
uerten Pistole zurückgeschleudert wurde. Wegen der nach der Hi
terung bestehen bleibenden Beschwerden wurde ein Teil des bei d
eingedrückten, zersplitterten Knochenfragmentes operativ entfer
r scheinbar völlige Heilung, doch fiel Patient späterhin durch Charakt
ng: verschlossenes Wesen, Eigensinn, große Reizbarkeit auf. Er

onnte Pat. seinem Berufe noch nachgehen, war fleißig und anstelli
egen das Jahr 1890 wurde er auffälliger. Alkohol konnte er zu
eniger ertragen, wurde durch Genuß desselben sehr erregt. Seine
eit nahm zu. Im Sommer 1891 begann er auch stärker über Kopfsc
u klagen, die er in die Gegend der Verletzung lokalisierte, und d
ruck auf die Narbe verschlimmert wurden. Auch sonst veränderte
llmählich. Seine Leistungsfähigkeit nahm ab; er wurde sehr miß
ußerte allerlei Beeinträchtigungsideen (die Brüder würden ihm vor
nd Verfolgungswahn (es geschehe allerlei gegen ihn, man habe sein
ergiftet usw.). Gegen den Vater wurde er drohend, gewalttätig ge
ruder, sprach auch von Selbstmord.

Am 12. November 1890 wurde er daher in die psychiatrisch
n Freiburg verbracht. Die körperliche (neurologische) Untersuch
roportioniert gebauten, mittelgroßen Mannes ergab außer lebhaften
eichtem Tremor manuum als bemerkenswert nur die im linken Sch
twa 1 cm vor seinem Zusammenfluß mit dem Hinterhauptsbein, u
,5—3 cm von der Sagittalnaht entfernten Residuen des erwähnten T
leine Hautnarbe, frei beweglich, darunter etwa einmarkstückgroßen,
äßig umrandeten Defekt im Scheitelbein, in welchem man in ein
on etwa 1/2—3/4 cm ein Knochenstück fühlt. Keine besondere
mpfindlichkeit der Narbe. Psychisch zeigte sich Patient völlig o
ntellektuell nicht merklich geschädigt. Scheu zurückhaltendes
erlegenes Wesen fielen an ihm auf. Die anfänglich geäußert
olgungsideen (bezügl. der Geschwister) schwanden bald; Patient
eißig, blieb aber gerne für sich. Bei seiner Entlassung am 3. Febr
eigte er relative Krankheitseinsicht, war geistig etwas weniger rege al
Doch lauteten die eingezogenen Erkundigungen über ihn in der näch
ünstig. Erst im August 1891 wurde gemeldet, daß er zwar arbei
ast ständig „nervöse Aufregung" zeige, eigensinniger sei und noch
Widerspruch ertrüge als früher. Im Zorn zittere er. (1892.) W
ehmender Erregung (Verfolgungsideen) wurde er schließlich (2. Janu
ieder in die Klinik gebracht. Daselbst zeigte er wechselndes V
ald zugänglich und freundlich, bald mißmutig und ablehnend.
ehend bestand Mutazismus. Gelegentlich kam es zu Schimpfexp
obei Patient in abrupter Weise aufs heftigste lospolterte. Beim A
el ein unmotiviert lautes Sprechen auf. Krankhafte Eigenbeziehung
ber Belästigungen (Gehörstäuschungen) wurden oft geäußert. Am
894 gebessert entlassen. Trotz stets vorhandener Reizbarkeit und
uffälligkeiten konnte sich Patient von da an bis zum Ende des Jah
n der Familie, bei wenig Arbeit halten: dann fing er an, sehr e
erden, mit Totschlag und Brandstiftung zu drohen, so daß er am 2
898 wiederum in die Anstalt aufgenommen werden mußte.

Somatisch zeigte er sich unverändert, außer Tremor manuum,

Digitized by Google

hoben.

sychisch bot er folgende Erscheinungen: Orientierung erhalten (n
einstrübungen). Über sein Gedächtnis, Wissen, Urteilsvermögen wa
t kein sicherer Aufschluß zu erlangen, da Patient, wegen d
nden Gehörshalluzinationen (drohende Stimmen, Beschimpfunge
n Boden heraus) gegen seine Umgebung mißtrauisch, zurückhalten
ekt drohend war, und dann auch, weil der damals zweifellos scho
ägte Negativismus eine Exploration unmöglich machte: er antworte
der Krankengeschichte vermerkt ist) oft gar nicht, entzog sich d
verweigerte die Hand, kniff die Augen zu, wenn man seine Pupille
chen wollte. Antwortete er, so bestand die Antwort meist nur a
blehnenden oder ausweichenden: „schon gut", — oder „es ist recht
nach seiner Aufnahme (Januar 1898) fiel eine merkwürdige Art z
n (vgl. später) an dem Patienten auf; er setzte hinter jeden Vok
ie ein „h", ohne dafür Gründe angeben zu können.

Laufe des Jahres 1898 wechselte dann sein Verhalten insofern, a
reise etwas freundlicher war, die Hand gab, Bilderbücher ansah, au
reit man feststellen konnte, rein mechanisch, auch Artikel, die ih
anz unverständlich waren). Auch in diesen Zeiten war er kaum zu au
Auskunft zu bewegen, klagte manchmal abrupt — mitunter nur sekunde
plosionsartig, mit lauter Stimme — über „Leute, die es auf ihn a
hätten, ihn verrückt machen wollten". Zur Arbeit war er nicht z
, verkehrte nie mit den Insassen seiner Krankenabteilung. M
eiten wechselten andere ab, in welchen er sich erregt zeigte, schimpf
hte, oder Pfeife rauchend, ohne das geringste zu tun, andauernd
d derselben Haltung in einer Ecke des Saales oder Gartens stand od
en Schritten herumging. Oft war er auch tagelang ganz mutazistisc
erte negativistisch, die Hand zu geben, die Zunge zu zeigen, den Gr
tworten. Oft grimassierte er; sprach er, so hielt er dabei die Ha
Mund. Das Körpergewicht nahm langsam zu.

Mai 1899 plötzlich impulsiver Angriff auf den Wärter. Vom Somm
gelegentlich Äußerungen wie „er sei selbst Doktor", er wolle Pfar
er habe schon lange „lateinisch" und „kirchlich" studiert. Dab
e vor negativistisch. September 1899 mehrtägiger Aufregungszusta
himpfen und Drohen, Verlangen nach Entlassung, nachher wied
gleichgültig, um nach einiger Zeit immer wieder erregt seine E
zu fordern.

t dem Beginn einer Influenza (Bronchopneumonie — Anfang Febr. 190
ende Unruhe, auch nachts. Patient klagte stark über die Stimme
selben Schimpfreden zurück (vor dem Fenster stehe einer, der ih
zurufe), sprach viel mit Fistelstimme vor sich hin. Auf der Hö
nkheit (Temperaturen bis 39°) zugänglicher; auffallende Unsicherh
- und Handbewegungen, Tremor linguae et manuum, Klagen üb

ber Kopfschmerz, darüber, daß es ihm manchmal schwindlig, ihm
i, als ob er nicht bei Verstand, ein Blatt innen an seiner Stirn wäre,
eiß denn als gar nicht die Gedanken von mir selbst". — Starker
anuum, Schädelnarbe nicht ausgesprochen druckempfindlich.

Weiterhin dann das alte Verhalten: bald Klagen und Schimpf
e Stimmen, die „Lump", „Größenwahn" rufen, aus seinem Munde
prechen, sowie darüber, daß Bewegungen mit seinen Armen und
emacht würden („von unten wird mir das zugefügt"); oder stumpf in
nes oder leicht negativistisches Verhalten, das selten durch impuls
riffe auf die Umgebung, noch seltener (von Sommer 1900 an) du
gentümlichen lauten Schimpfexplosionen für Momente unterbroche
ie sprachlichen Entäußerungen beschränkten sich manchmal auf ein
pes: „Gut, gut" — „es geht ordentlich"; manchmal war er auch gespr
s auf Verlangen seine Tagebuchnotizen usw. vor. Nie fielen dabei
otorisch koordinatorische Störungen des Sprechens auf; nur selten
einmaligen Wiederholungen (eines Wortes, einer kurzen Phrase),
Anklängen an Sprachverwirrtheit.

Vom Beginn des Jahres 1901 an wurde dies anders. Ohne daß
gendwelcher Art zu beobachten waren oder sonstige Erscheinunge
xazerbation des Krankheitsprozesses sich erkennen ließen, zeigte sic
ch eine auffallende Häufung der katatonischen (und anderer?) Spra
eiten. Vor allem trat plötzlich prononciert die Tendenz zu automa
iederholen des Gesprochenen auf, schließlich so ausgesprochen, daß
t drei-, vier-, ja sechsmal und öfter den Gruß: „Guten Morgen", eine
der längere Antwort wiederholte. Auch bei spontanen Mitteilungen
e gleiche Erscheinung konstatieren, z. B.: „Die Stimmen in der L
ümmen in der Luft, die Stimmen sind noch da, die Stimmen sind n
März 1901). Dabei war die Betonung oft ganz gleichmäßig monoto
ch bestand diese Monotonie aber nur in den Wiederholungen des Gespr
der wenn Patient einmal sozusagen im Redefluß war. Der erste
einer Entäußerungen hatte nämlich etwas eigenartig Erschwertes:
plosiv wurden die Buchstaben, insbesondere die beginnenden Kons
bildet, deren Aussprache oft ganz verwaschen war. Schon im Febr
vermerkt die Krankengeschichte ferner zeitweise besonders stark hervort
otterndes Ansetzen und ebenso eine eigenartige fast an paralytische
nungen erinnernde Schwerfälligkeit beim Nachsprechen selbst
chen Worten. Schnellschlägiger Tremor besonders links. Der
he usw. waren dauernd vorhanden. Im weiteren Verlaufe der K
aten die dysarthrischen Erscheinungen fast noch stärker hervor
spontansprechen. Antworten, beim Vorlesen auch alltäglicher
ängerer Worte fiel das eigenartig schwerfa. ge Scandieren auf. In
esse traten diese und die perseverativen Erscheinungen
en Patient über die Verhältnisse „Tonbänder im Kopf. G

l. Krankengeschichte, August 1901) meist der Fall war — affektl
n sich darüber aussprach. Der Mangel gemütlicher Reaktion auf d
äuschungen wurde im folgenden Jahre 1902 immer offenkundige
ültig produzierte er seine Verfolgungswahnideen bezw. die ve
nen Sinnestäuschungen. Völlig affektlos oder bland-heiter äußerte er
ur auf direkte Fragen — auch Größenideen, wie die erwähnten:
ndiert, könne alle Sprachen (chinesisch, jerusalemisch usw.).
e eigenartige Schreibweise blieb unverändert; ebenso die sprachliche
gkeiten: das maniriert laute Sprechen, das Stottern, Perseveriere
s nahm 1902 vielleicht noch zu, so daß, wenn man dem Kranke
kurze Fragen rasch hintereinander stellte (vgl. Krankengeschichte
cht selten in der zweiten und dritten Antwort Worte aus der erste
zweiten störend eindrängten. Andeutungen von Sprachverwirrthe
bis zur Überführung in die Pflegeanstalt (September 1903) nur sel
hervor. In letzterer verschlimmerten sie sich etwas, während
katamnestischen Erhebungen ergaben — der Gesamtzustand sie
ch soweit besserte, daß Patient von 1904 an regelmäßig bei leichtere
eit beschäftigt werden konnte, einfache Obliegenheiten leidlich g
ze, wenn er auch stets für sich allein, verschlossen blieb, gelegentlic
meist ganz affektlos — über Verfolgungen klagte.
s ich den Patienten zuletzt sah (Anfang Februar 1906), war folgende
tatieren: das somatische Allgemeinverhalten ist unverändert. Auße
manuum et linguae, vasomot. Erregbarkeit, Lidtremor kein neurol
Befund, wenn man von dem, wenn auch nicht mehr so intensiv,
och deutlich vorhandenen Stottern und Gacksen absieht. Psychisc
ich Patient völlig orientiert, Gedächtnis und Wissen ziemlich intak
eil über einfache, ihm geläufige Lebensverhältnisse ebenfalls kau
. Krankheitseinsicht fehlte völlig. Ohne merkliche Erregung klag
die Stimmen, das Telephonieren im Kopfe, besonders nachts, imm
rtdauere. Auf Befragen produzierte er auch in ganz affektlos
lie alten Größenideen (er habe Doktor, Pfarrer studiert, kenne all
n usw.). Anklänge an den früheren Negativismus zeigten sich auc
ch darin, daß er zuerst den Handschlag verweigerte, die Zunge nic
wollte, die Augen anfangs zukniff, als Referent die Pupillen unte
Auch daß er fast anhaltend während des Gespräches, der Unte
, den Blick der Ärzte zu vermeiden strebte, muß wohl als negativ
Symptom aufgefaßt werden. Das Sprechen (besonders von Verse
ze er durch manirierte Gesten der linken Hand.
e sprachlichen Entäußerungen ließen außer der bereits erwähnte
ie die besonders zeitweise stärker hervortretende, oben scho
gemachte Schwerfälligkeit in der Aussprache vieler Konsonante
sonantenverbindungen erkennen. Oftmals traten in ausgesprochene
rseveratorische Erscheinungen hervor. Weniger beim Vorlesen einzelne

Vater unser) als beim affektvollen Spontansprechen, Rezitieren patri
edichte und beim Antworten. Insbesondere bei letzterem war das S
rägnant, z. B. „es geht gut, es geht — gut, geht — gut“ oder „ich k
h kenn - - ich kenn — Sie — Sie“; dabei wurden zumeist die Pause
edankenstriche in den Beispielen angedeutet) mit den Repetitio
ehmend länger, so daß die letzten Silben bezw. Worte („gut“ bezw
't wie ein verklingender Nachschlag sich anhörten. Bei Antworten,
urz nacheinander gestellte Fragen erfolgten, mengten sich auch je
vie das von früher (April 1902) schon gemeldet wurde) oft in die
ezw. dritte Worte, Bestandteile der früheren, oder es drängten sich
ar ganz beziehungslose Wendungen, mitunter auch offenbar durch di
ngeregte Worte ein, z. B.: „Wie lange sind Sie hier?“ Antwort: „
908 lange herkommen“, oder (Frage) „Wo waren Sie denn früher
er physikatrischen (korrumpiert für psychiatrisch, nur absatzweise
ebracht) waren denn Klinik in Freiburg.“ Manche Bemerkungen,
esagtes Gedicht klangen durch diese eigenartigen Reiterationen ganz
erwirrt, z. B.: „An der Saale fern im Osten, stand ein — Saale —
ann auf - Osten — Posten.“ Wie die sprachlichen Eigenheiten, s
ch auch (vgl. Fig. 4) die Eigenheiten der Schrift E.s nicht geändert (vgl.

Fassen wir kurz zusammen. Der 1866 geborene
rlitt 1881 eine schwere Hirnerschütterung (bleibende Dep
ines einmarkstückgroßen Knochenfragmentes ungefähr übe
intern Teil des l. gyrus angularis). Leichte Charakterveränd
ervöse Reizsymptome: Kopfschmerz, Tremor manuum usw.,
in zunehmende Alkoholintoleranz waren die Folgen. Vo
n begann dann ein katatonischer Prozeß, der unter Au
on Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen sich schu
ntwickelte, 1898 - 1901 sein Höhestadium hatte. Bei
eiterhin zeitweise auch im Verlauf der Katatonie, be
ährend und nach einer interkurrenten Influenza traten „n
eschwerden besonders hervor, wenn auch immer die E
ungen der Katatonie: impulsive Handlungen, Stereotypien,
vismus, Mutazismus, maniriertes Sprechen, Perseveration,
chreibweise überwogen. Mit leichten Intensitätsabschwäch
esteht der Krankheitszustand auch jetzt noch

Die vorstehende Krankheitsschilderung läßt wohl
weifel daran, daß es sich bei E. um eine Katatonie h
nd zwar haben wir eine jener besonders schwere, ohne eigen
nitialen) schwereren Stupor verlaufenden Formen vor sic

ungünstiger betrachtet werden können.

ie Besonderheiten unseres Falles legen verschiedene Frage
Einmal ist zu erwägen, ob dem schweren Schädeltraum
eine ätiologische Bedeutung für die später ausgebrochen
se zu vindizieren ist; dann dürfte vor allem zu untersuche
b wir die geschilderten Krankheitserscheinungen alle au
atatonen Prozeß zurückführen müssen, oder ob (zurzei
der Katatonie noch Störungen anderer Genese bei E. be
ist dies der Fall, so würde von Interesse sein, zu er
n, in welcher Weise sich die pathogenetisch differente
inungen gruppieren, kombinieren, ob und wie sie sic
eitig beeinflussen.

n allgemeinen wird ja die Bedeutung des Trauma a
e seelischer Erkrankungen überschätzt. Daß die patho
logischen (materiellen) Grundlagen einer der uns heut
kannten Psychosen direkt und allein durch ein (schwere
eichtes) Schädel-Hirntrauma erzeugt, geschaffen werde
, ist eine zwar vielerorts gang und gäbe, aber m. E. durc
bewiesene Anschauung.

Was ein Trauma an materiellen Veränderungen im Zentra
direkt durch Quetschung (Änderungen des molekulare
s), durch Zerreißung und Zertrümmerung, indirekt durc
utive chronisch entzündliche, degenerative Prozesse, durc
ations- und Ernährungsstörungen usw. zustande bringt, sin
se und Zustände, die sich ihrer Qualität nach zweifellos gan
end von den Sonderzuständen des Parenchyms unterscheide
en eigentlichen Seelenstörungen zugrunde liegen. Diese
latischen Hirnveränderungen entsprechen wohl nur Au
und bestimmt geartete nervös-psychische Reizerscheinunge
n Intensität, Lokalisation und Kombination der organische
afolgen abhängig, ungemein vielgestaltig sein, sich eventue
o verhalten, so gruppieren können, daß sie grobsympto
ch gewissen Neuropsychosen, besonders einer Epilepsi
thenie gleichen.

Wo wir aber nach Traumen typische (insbesondere funktionell
esen (auch Neuropsychosen) auftreten sehen, da können w

edingungen schon vorbereitet war und dem Trauma
kzessorische Rolle des den Ausbruch des Leidens veranlas
s auslösenden Momentes zukam. Der Kranke war zum mi
pezifisch prädisponiert, befand sich vielleicht schon in der
nal- oder unerkannten Initialperiode des Leidens, und der
ie Hirnläsion, hat nur einen bislang latenten Prozeß mani

Daß wir die Prodrome der Krankheit, bezw. die spe
Veranlagung dazu nicht erkannten, auch nachträglich die
ch oft nichts Beweisendes eruieren können, darf bei d
ollkommenheit unserer klinischen Erfahrung und Untersu
Methoden nicht wundernehmen. Auch für weitaus die
Fälle sog. traumatischer Hysterie, Neurasthenie usw. g
Gesagte. Je sorgfältiger man jeden einzelnen ergründet,
ehendere allgemeinpathogenetische Betrachtungen man
esto weniger wird man sich der Überzeugung verschließen
aß, wie bei den sonstigen Psychosen, fast durchweg a
nnen das Trauma nur mehr minder als Agent provocate
eutung besitzt. Anders wären ja die Tatsachen gar ni
erstehen, die wir nur summarisch hier rekapitulieren
. Wir sehen so und so oft, daß schwerste Hirnerschütte
Verletzungen, selbst partielle Zertrümmerungen des Gehirns
— wenn wir von Ausfallserscheinungen, symptomatische
epsie usw. absehen — reaktionslos ertragen werden;
ine akute noch eine chronische Psychose (sensu strictio
olge ist. 2. Während die Einen schwerste Hirnalteration
berstehen, reagieren Andere bekanntlich schon auf leichte Tr
elbst solche, bei denen man oft kaum etwas anderes als de
hischen Chok verantwortlich zu machen weiß, mit schweren
ell unheilbaren psychischen Entgleisungen. 3. Ganz gleic
eventuell vorwiegend psychische) Traumen haben bei verschi
nit Erkrankung reagierenden) Personen ganz verschiedene W
er eine erkrankt an einer chronischen (unheilbaren), der
n einer akut einsetzenden, stürmisch ablaufenden, eventuel
bheilenden Psychose; bei jenem entwickelt sich eine H
eichter oder schwerer Art), bei diesem rein neurastheniso
cheinungen, während bei einem dritten ein manischer

Digitized by Google

em vierten eine Mischpsychose alsbald nach dem Schädel
zum Ausbruch kommen oder — ich erinnere an *Heil*
s Fälle (Münch. Med. Wochenschr. 1905), vgl. auch
ah (Arch. f. Psych. Bd. 38), *E. Meyer* (Neurol. Zentralbl
ich ein typischer Korsakow einstellt.

wägt man alle diese Tatsachen, so wird man kaum eine
Erklärung dafür haben, als daß das Trauma nur den An-
m Ausbruch, zur Manifestation eines Krankheitszustandes
r in anderen Momenten seine wesentlichen Ursachen
der potentiell eigentlich schon vorhanden war, und der
auslösenden Ursache bedurfte, damit seine pathologischen
n aus der potentiellen in die kinetische Form über-
Möglich ist ja, daß in einzelnen dieser Fälle ohne
spezifischen — vielleicht im gegebenen Moment durch
somatische Bedingungen (Ernährungszustand, Zirkulations-
isse) noch besonders begünstigten — Anstoß diese Akti-
nicht stattgefunden hätte.

er selbst diese Möglichkeit — so sehr sie bei der forensischen
ung solcher „traumatischen" Psychosen im Auge zu be-
ist (man wird auch bei unserer Auffassung daher das
mit gutem Gewissen zugunsten etwaiger Rentenempfänger
en dürfen), — hebt die Hirnerschütterung nicht über die
er bloß akzessorischen oder Hilfsursachen heraus, unter
allen funktionellen Psychosen (wie auch wohl den meisten
chen) gegenüber rangiert. Nur zur Katatonie (der K
sch gleichartigen Störungen) könnte möglicherweise ein
manchmal in nähere ursächliche Beziehungen treten. Die
en Darlegungen werden diese vielleicht zunächst auffallende
tung näher begründen.

e zweifellos materiellen Vorgänge, welche der Katatonie
e liegen, sind wohl sicher toxisch bedingt. Und zwar
es sich höchstwahrscheinlich um eine Autointoxikation
lin). Wie diese allerdings zustande kommt, ist nicht
. Zweierlei wäre möglich. Das Gehirn könnte geschädigt
1. durch pathologischerweise neu auftretende giftige
chselprodukte, 2. durch normale Abbauprodukte des Or-

Digitized by Google

gend eliminiert oder unschädlich gemacht werden. Dieses a
Verweilen physiologischer Abbauprodukte im Körper könnte
eits bedingt sein durch stoffliche oder funktionelle Erkran
der Organe, denen eine se- oder exkretorische Tätigkeit[1])
es könnte aber auch darin seinen Grund haben, daß die so
tande kommende Bindung, damit das Unschädlichwerd
normalerweise auftretenden nervengiftigen Stoffwechselpr
ausbleibt oder nicht in vollem Maße erfolgen kann, vielleic
vegen, weil infolge irgendwelcher Ursachen eine überm
Produktion solcher differenten Abbaukörper statthat, even
eine Produktion über die Zeit hinaus erfolgt, für welc
Organismus mit Schutz- und Reguliervorrichtungen zur ri
Entgiftung (oder vielleicht auch Verwertung) dieser Organlei
eingerichtet ist — ich denke hier z. B. an die Thymus,
unbekannte Tätigkeit offenbar mit der Pubertät (demna
viel später, als man früher glaubte) einzustellen oder wei
zu modifizieren beginnt.

Welche von all diesen Möglichkeiten zutreffen mag
erst die Zukunft lehren. Vielleicht müssen sich mehrere
binieren, um als Endeffekt die Hirnvergiftung, die Katat
erzielen. Vielleicht aber reichen die Giftstoffe allein üb
nicht aus, um die destruktiven Prozesse im Gehirn ein
und zu unterhalten, sondern sie entfalten nur da ihre ung
Wirkung, wo sie auf ein bereits irgendwie geschwächt
daher weniger widerstandsfähiges Organ treffen. Solche
bonierende Momente, die das Gehirn für die Giftwirkung be
empfänglich machen, könnten in angeborenen Minderwert
zuständen gegeben sein. Damit würde uns die häufige
Belastung der Katatoniker verständlich werden. Auch in
körperliche und psychische Reize schwächenden Umwäl
wie sie Pubertät, bei Frauen Klimakterium und Fortpf
mit sich bringen, könnten begünstigende Bedingungen
toxische Schädigung des Zentralorgans gelegen sein, oder in
tische und psychische Schädlichkeiten vereinigenden ä

[1]) Am unwahrscheinlichsten dünkt auch uns *Tschisch*s (Mon
für Psych. u. Neur. Bd. VI) Erklärungsversuch, der in sexueller A

bedingungen (Untersuchungs-, Strafhaft), unter welche
nden ja so häufig Katatonien zum Ausbruch kommen
ine Hirnerschütterung könnte möglicherweise nicht nur di
in Entwicklung begriffene Krankheit beschleunigen, plötzlich
stieren, sonder unter Umständen erst die Angriffsfläche fü
rpergift schaffen, indem sie eine mehr minder allgemein
nädigung herbeiführt. So würde der Unfall eventuell ein
nwesentliche Hilfsursache für die mehr minder rasch, viel
rst nach einem posttraumatischen Latenzstadium einsetzend
nie.

elleicht könnte aber ein Trauma gelegentlich in noc
re Beziehungen zur Katatonie (und analogen Autointoxi
psychosen) treten. Nach sonstigen klinischen Erfahrunge
nt es nämlich nicht ausgeschlossen, daß ein Unfall durc
ührung einer Verletzung innerer Organe oder durch Stö
nes regulatorischen Mechanismus geradezu Causa movens fü
duktion der abnormen Stoffwechselprodukte werden kann, i
wir die direkte Ursache des katatonen Hirnprozesses sehen
ndere Schädeltraumen könnten solche besondere ätiologisch
ung gewinnen. Denn wir dürfen nicht vergessen, daß zweifel
alle Organleistungen (Stoffwechselvorgänge) Zentren, Regu
pparate im Zentralorgan (Gehirn) vorhanden sind, die seh
urch eine Hirnerschütterung in Mitleidenschaft gezogen werde
n. Folge ihrer Verletzung wäre dann die Bildung hirn
wirkender Körper und damit die Katatonie.

ese Möglichkeit — daß sie eine seltene ist, wird nich
en — hatte ich im Auge, als ich oben davon sprach, da
mständen ein Schädeltrauma zu solchen Autointoxikations
sen in innigerer Beziehung stehen könne, als zu den übrige
sen.

ie liegen nun die Verhältnisse in unserem Falle. Wa
nädeltrauma vom Jahre 1881 für die Gesundheit E.s bedeu
s? Die Gewalteinwirkung dabei war zweifellos eine große
t an seinem Schädel sicht- und fühlbare Spuren noc
Und ohne daß wir über die akuten Symptome und Pri
gen der Hirnerschütterung und Scheitelbeinzertrümmerun

Depression des Knochenstückes über dem linken gyr. angul
en notwendigen Begleiterscheinungen (Durarissen, Blu
sw.) nicht die einzige organische Folge war. Die allg
Erfahrung zeigt ja, daß solch schwere Traumen fast imm
änglichere intrakranielle Läsionen schaffen, die eventu
ich allein symptomatische Neuropsychosen etc. beding
ls Hilfsursachen vorbereitete Seelenstörungen mit herbei

Denn von der Stelle der Infraktion setzen sich gew
leinere oder größere Knochensprünge (event. nur der
itrea) in die Umgebung fort; durch Kontrecoup entstehe
elten auch an ganz entfernt liegenden Partien des Schäde
Brüche; durch die Fortpflanzung der Erschütterung im
erebrospinalis können selbst weitab liegende Teile der Hi
läche, ja sogar solche im Hirninnern (Aquädukt, 4. Ve
ie man insbesondere aus experimentellen Erfahrungen v
Mitleidenschaft gezogen, da und dort kleinste Gewebsquetsc
Zertrümmerungen, Gefäßrisse usw. verursacht werden, von v
Stellen aus sich nicht selten chronisch entzündliche od
[illegible] schleichend in die Umgebung ausbreiten.
[illegible] Individuum nur unter den günstigsten Bedingung
[illegible] Rüstigkeit des Gehirns, Fehlen jeglicher Praedisp
[illegible] der Verletzungen an indifferenten Stellen u
[illegible] schweres Trauma ohne alle Folgen überstehen. D
[illegible] nicht der Fall war, dürfte m. E. eine genauere
[illegible] erweisen.

Nach Überwindung der ersten Nachwirkungen des
[illegible] E. zwar wieder arbeitsfähig [illegible]
[illegible] durch Änderung seines Ch
[illegible] E. wurde reizbarer, war nach dem Trauma verschlosse
[illegible] Ob und für sich sind diese [illegible] Veränderu
[illegible] Man könnte bei oberflächlicher Betrachtu
[illegible] sein, in ihnen nur Prodromalsymptome der K
[illegible] M. E. ist dies noch angängig. Denn erst erw
[illegible] kam die Katastrophe zum Ausbruch. [illegible]
[illegible] die posttraumatisch [illegible] Besch
[illegible] die Verschlimmerung [illegible] dürfen.

Digitized by Google

später nin an E. konstatierte Erscheinungen in Rechnun
die mehr minder aus dem Krankheitsrahmen der reine
ie herausfallen und mit der initialen Charakteränderung
pfschmerzen, der Reizbarkeit eine Symptomengruppierun
, die jeder Unbefangene als traumatische „Neurose" bezeichne
Daß die Symptome, die u. E. als Traumafolgen gedeute
müssen, zeitweise mehr, zu anderen Zeiten weniger her
n, daß sie sich insbesondere dann manifestierten (s. Kran
chichte), wenn besondere Ansprüche an das Zentralorga
wurden, abnorme Verhältnisse in ihm bestanden, wi
zu Beginn der Psychose, während der Influenza 190
l war (Änderungen der Zirkulations- und Ernährungsver
e des Organs), ist etwas, was bei leichteren Reiz- un
erscheinungen posttraumatischer Natur nicht selten ist
s sind nun die auf eine „traumatische Neurose" deutende
me? Von den objektiven wären vor allem der mit Inten
nwankungen die ganze Zeit andauernde beiderseitige, of
esonders stark ausgeprägte, schnellschlägige (neurasthe
Tremor, die Übererregbarkeit der Gefäßnerven, die lebhafte
zu nennen. Auch die in den achtziger Jahren hervor
ne zunehmende Alkoholintoleranz, die wachsende Reizbar
s Stärkerwerden des Zitterns in Affekten, der periodische
Narbe lokalisierte Kopfschmerz scheinen mir nur be
Auffassung der klinischen Symptome verständlich. Da
auma eine Rolle im Zustandekommen dieser Symptom
wird auch bewiesen durch die von Zeit zu Zeit — of
eitig mit ihrer Exazerbation — immer wieder auftretend
zhaftigkeit der Narbe. Auch die bei und während de
a außer den genannten hervorgetretenen Störungen
delgefühl, Verstärkung des Zitterns der Arme bis zu
starker Kopfdruck, Sehschwäche usw. sind Erscheinungen
nicht auf den katatonischen Prozeß als solchen zurück
dürfen, sondern mit den (mikro-)organischen traumatische
n des Zentralorganes und ihren Residuen allein richti
n können.
bestand und besteht also neben der Katatonie noch etwa

Digitized by Google

ymptomatisch als „Neurasthenie" bezeichnen können. Vo
raumatischen „Hysterie" möchte ich im vorliegenden Fall
sprechen, da größere Beeinflußbarkeit stets fehlte, die Sy
nicht das Wechselnde der hysteroiden zeigten, auch hys
Charakterzüge immer vermißt wurden. Daß dieser vom
herrührende (zeitweise exazerbierende) anormale Hirnzustan
die Entwicklung des katatonen Hirnprozesses (und damit k
wir auf die Frage des Zusammenhangs von Katatonie und T
begünstigte, läßt sich natürlich nicht beweisen. Ich ha
immerhin für möglich. Dagegen glaube ich nicht, daß
im vorliegenden Falle mit der oben erwähnten seltenen Mög
eines direkten ursächlichen Konnexes von Schädeltrau
Giftproduktion und Katatonie zu tun hat. Dazu ist das I
zwischen Hirnerschütterung und Katatonieausbruch (neun
denn doch viel zu groß.

Noch einen anderen Punkt glaube ich kurz berühren zu müss
könnte, ich verweise auf *von Muralts* Abhandlung (Allgem. Zeitschr.
Bd. 57), die Katatonie für eine symptomatische ansehen, und w
Zeichen der traumatischen Neurose nur das Vorliegen eines trauma
Krankheitsbildes mit katatonen Zügen annehmen wollen. Auch dies
angängig. Der Verlauf der Katatonie ist (trotz gewisser Besonderh
typisch. Die katatonen Symptome traten erst so lange nach dem U
daß eine andere Deutung als die gegebene gekünstelt erscheint.

Im Hinblick darauf, daß bei E. neben einem echte
onen Verblödungsprozeß traumatisch-neurasthenische Ersc
gen bestehen, verdient eine seiner sprachlichen Eigentümli
besondere Beachtung, die erst auf dem Höhestadium
krankung in voller Deutlichkeit hervortrat und die man
zunächst als katatones Symptom aufzufassen geneigt sein
obwohl m. W. bei reinen Katatonien etwas Derartiges noc
beschrieben ist. Es ist das eigenartig verwaschene (z
paralytisch-bulbäre Sprachstörung anklingende) Sprechen
merkwürdige Gacksen und Stottern, das erst von 1901
voller Stärke sich zeigte und mitunter sehr an ein „hyste
Stottern erinnerte. Jedenfalls war dasselbe bei E. von H
nicht vorhanden; wann es nach dem Trauma (in Andeu
erstmals sich zeigte, konnte nicht festgestellt werden: si

Digitized by Google

Klinik nicht und auch zu Anfang des dritten noch nicht
nonziertem Maße darbot, wie von 1901 ab.
ekanntlich stellen sich derartige Sprachstörungen nac
en (als Teilerscheinung einer „traumatischen Neurasthenie
Hysterie") nicht selten ein. Allerdings liegt selten ei
Zeitintervall zwischen Unfall und ihrem Auftreten. Trot
in ich der Meinung, daß auch E.s Stottern eher als u
lich latente und erst durch den katatonen Hirnprozeß man
e Teilerscheinung seines remittierend-exazerbierend ve
len traumatischen Hirnleidens, auf welches die Katato
upt etwas verschlimmernd eingewirkt hat, denn als rei
atatonie zugehöriges Symptom (etwa vergleichbar eine
ldefekt" im Sinne *Rosenfelds*) aufzufassen ist.
it wenigen Worten sei noch der, besonders in der erste
ufigen sprachlichen Explosionen E.s (s. Krankengeschicht
t. Wie erwähnt, bestanden sie in meist sehr rasch wied
genden Schimpfanfällen, die ganz eigenen elementaren Ch
trugen. Man hielt sie (und konnte dies anfangs wohl m
tun) für psychologisch motivierte Reaktionen auf die beläst
Stimmen usw. Doch kamen mir schließlich Zweifel a
chtigkeit dieser Auffassung. Vor allem deshalb, weil s
regelmäßig vorher den ansteigenden, noch nachher de
genden Affekt (wie ein psychologisch ausgelöstes Schimpfe
mer) erkennen ließen, sich z. T. plötzlich aus dem substup
Zustand herausentwickelten bezw. in ihn zurückführten; dan
weil der Kranke damals, insbesondere 1900, schon d
dende, ja mangelnde gemütliche Verarbeitung der Objel
und sonstigen Belästigungen erkennen ließ, im nächste
blick eventuell auch ganz gleichmütig darüber sprach
ird also die Schimpfexplosionen, wenigstens teilweise, rich
r analoge Impulsivitäten des sprachmotorischen Projektion
s ansehen, wie wir sie in den plötzlichen (impulsiver
taten, Zerstörungsakten der Katatoniker auf anderem Gebie
s haben.
ußer den dysarthrischen und den eben erwähnten sprach
Impulsivitäten sind dann die ausgeprägten Perseveration

er Beachtung wert." Man findet sie in dieser Form und
tät bekanntlich nicht häufig, und insbesondere wird man
o wie hier, darauf hingewiesen, daß Sprachverwirrtheit
mständen fast rein durch diese eigenartige Tendenz zu (s
chen) „Nachbildern" bedingt werden kann. An anderer
arüber mehr.

Besonderes Interesse kann dann der vorliegende Fall
bruchen durch die m. W. einzigartige Bizarrerie der S
ls letztere erstmals bemerkt wurde — wie ich aus Mittei
on *Emminghaus* weiß (die Krankengeschichte enthält d
eider keinen Eintrag), war dies kurz vor dem zweiten A
es Patienten aus der Klinik (1894) der Fall, als er eine
der dergl. abschrieb —, dachte man (damals war die Auff
es Krankheitszustandes noch nicht geklärt) beim Anbli
erkwürdig verunstalteten Worte an eine Art Dysgraphie
on Dyslexie, zumal ja der Sitz der Impression eine F
der Läsion der betr. Rindenterritorien, in welchen wir u
chriftbilder zentriert denken, nicht unwahrscheinlich m
aß es sich um eine Herderkrankung in diesem Sinne
andelt, ist jetzt natürlich sicher. Trotzdem ist die Vermutun
hne weiteres von der Hand zu weisen, daß das (lokale) T
gendwie zur Entwicklung der Eigenart der Schrift beitru

Wir tangieren mit diesem Gedanken eine Frage, dere
ührliche Zergliederung und Beantwortung weit über den R
ieser Arbeit hinausführen würde: die Frage nach den G
er Symptomen-Verschiedenheit der einzelnen Katatone
Warum sehen wir hier Störungen im Bereiche der mimi
usdrucksbewegungen, dort in Gesten und Haltung, dort im S
pparat prädominieren, warum sehen wir bei einem K
ast nur Stereotypien in der Haltung, beim andern vorne
olche im sprachlichen Ausdruck, in Bewegungsfolgen, bei
rühzeitig schwere Sprachverwirrtheit mit oder ohne Verbige
ei wieder einem andern perseveratorische Erscheinungen ohn
eprägte Dissociation im sprachlichen Ausdruck usf. Wie ke
iese Unterschiede zustande? Im wesentlichen wohl durch
enzen in der Lokalisation des Krankheitsprozesses (z. T. vi
ch durch Besonderheiten seiner Propagation und Akuität

iftes, das wir uns doch im Blut kreisend denken müssen
sein könnten, ist schwer zu sagen. Vielleicht sind Eigen-
der individuellen Hirnanlage (Mikroorganisation) hierfür
ggebend. Man weiß ja, daß dieser hochkomplizierte
pparat bei dem einen in diesem, beim andern in jenem
tt, Detailgebiet „funktionelle“ Schwächen (rekte größere
eringere organische Unterwertigkeiten) besitzt. Man weiß
laß zirkulierende Gifte oder Allgemeinschädigungen bei
denen Personen sehr verschiedene erste Angriffspunkte
— sicherlich wegen von Haus aus bestehender qualitativer
) Organisationsdifferenzen. Die beginnende akute Alkohol-
tion z. B. macht sich beim Einen zuerst durch Augen-
ähmungen bemerkbar; bei einem Anderen versagt zuerst
rache oder ein sonstiges Projektionssystem, bei einem
sind allgemeine oder lokale vasomotorische (Lähmungs-
nungen das erste Warnungssymptom usw. Gleiche indi-
Differenzen zeigen auch die Frühsymptome der akuten
ronischen (neurasthenischen) Erschöpfung, wie wir früher
einmal betonten. Bedenkt man noch, daß diese Initial-
aupt-) Erscheinungen gemeinhin zwar bei verschiedenen
en verschieden sind, bei der gleichen Person sich aber
l (z. B. bei jeder Berauschung) in gleicher Weise wieder
so wird man an ihrer tieferen, organisch-konstitutionellen
ge nicht mehr zweifeln.

sind also wohl auch die individuellen Differenzen in der
en Symptomengruppierung in (angeborenen) Insuffizienzen
ns, mindestens z. T., begründet. Nur ein Beispiel möchte
ihren, allerdings ohne mich in dieser Richtung jetzt schon
gen. Ich glaube beobachtet zu haben, daß z. B. sprachliche
bei solchen katatonischen Individuen rascher (und stärker)
die von Hause aus zu der Gegengruppe der Moteuren
ne der französischen Autoren) gehören, zu den „sprach-
ch Defekten“, glossopsychisch-insuffizient Veranlagten, wie
bezeichnete, bei denen also die Gesamtheit der Sprach-
ngsbilder von Haus aus schlechter als in der Norm organi-

inzelner zerebraler Leistungen (bezw. Systeme) eine solche
rädisponierende Rolle in der Ausgestaltung der katatonen
omatologie, sondern auch erworbene. Schwächen infolge
ionsaufbrauchs im Sinne *Edinger*s kommen wohl kaum in B
her Residualdefekte nach früheren Hirnkrankheiten oder ev
on Schädeltraumen herrührende örtliche Läsionen des feinst
röberen Parenchymgefüges.

Man wird nun verstehen, was ich mit dem Hinweis
aß möglicherweise die Lokalwirkung des Schädeltraum
er eigenartigen Bizarrerie der Schrift E.s in einem ge
Konnex stehen könnte: sie war vielleicht prädisponi
Moment, Hilfsursache dafür, daß sich besonders früh (s.
nd so intensiv die katatone Hirnveränderung im linke
ngul. einstellte. Scheint doch auch der interessante Fa
öffer*s* (Zentralbl. f. Neurol. 1903) zu erhärten, daß loka
ungen katatone Symptome in ihrem Zustandekomme
egünstigen können. —

Betrachten wir nun die Schriftstücke des Kranke
welche in Fig. 1—4 charakteristische Belege, aus den
1898—1906 stammend, reproduziert sind. In formaler Be
ind die Schreibwerke E.s wenig auffällig. Anreden, Unte
usw. entsprechen der Norm, ebenso Zeilenrichtung und -a
ie Buchstaben zeigen gleiche Größe, gleichmäßige Aus
wenn man von gewissen Folgen flüchtigen Schreibens a
Haar- und Grundstriche sind gut unterschieden.

Wenn trotzdem die Schriftstücke E.s kaum, z. T. ga
er selbst las sie meist anstandslos) leserlich sind, so rüh
weniger von der unausgeschriebenen Hand, der mange
Orthographie des nur eine mäßige Schulbildung besitzend
ner. Auch die völlig fehlende Bindung der Buchstaben
Wortes, die alle ganz isoliert stehen, die fehlende Differe
chen Wortabständen und den Abständen der Elemente
Wortes bedingen nur zum kleinsten Teile die Unübersicht
nd Unleserlichkeit. In der Hauptsache beruht diese vielm
einer in dieser Art und diesem Grade (und auch in der Ze
hres Bestehens) jedenfalls seltenen Entstellung der ei

Fremdkörper“ sind im Worte fast durchweg hinter Vokalen
hinter Konsonanten und am Schluß angebracht, stehen
benso isoliert wie die richtigen Komponenten des Wortes
chen, da sie den Schriftstücken durch ihre Zahl und ihr
es numerisches Überwiegen (s. bes. Fig. 1, 3, 4) etwas
tig Unentzifferbares geben, vornehmlich da die Expektora-
unleserlich, wo wir den Inhalt der Schriftstücke nicht
ens ungefähr kennen und wo, wie es besonders 1901—1902
l war, wie im Gesprochenen Wortreiterationen (Anklänge
chverwirrtheit) sich finden. Noch durch eine andere Eigen-
das Entziffern der meisten Schriftstücke erschwert, nämlich
ie vorkommende Verdoppelung der Diphthonge (nament
es sich um Umlaute handelt [s. z. B. in Fig. 2]) und durch
h nicht nur auf mangelnde orthographische Kenntnis
uführende häufige Endkonsonantenwiederholung. Gelegent-
izarres Ausziehen, Verlängern der Grundstriche, Ver-
elungen, wie bei den Zahlen in Fig. 4 tragen ein weiteres
i, die Elaborate E.s fast unleserlich zu gestalten.

Digitized by Google

Fig. 1 (Größe $^1/_3 \cdot 1$)

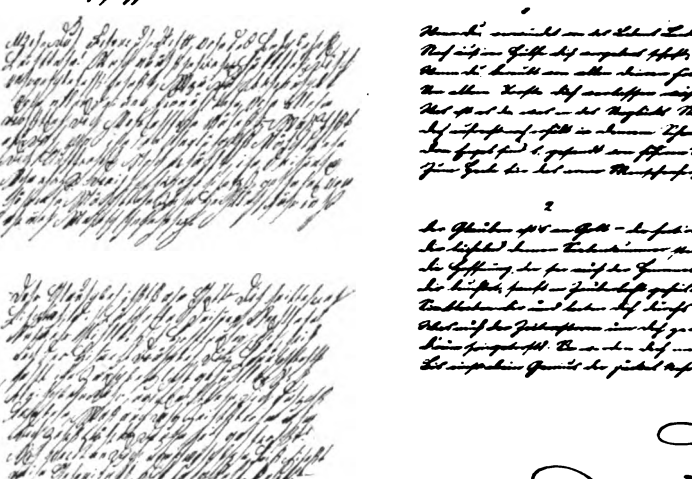
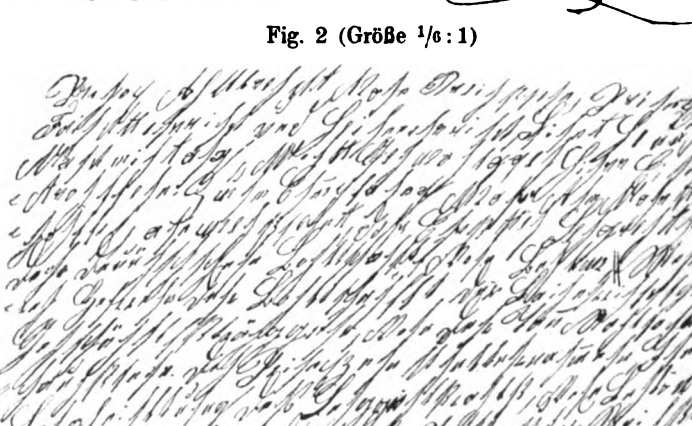


Fig. 2 (Größe 1/6 : 1)



Diktat: „Prinz Albrecht von Preußen und Prinz Friedrich
nd heute Nachmittag mit Gefolge hier eingetroffen. Zum Empfa
m Nord-Bahnhofe anwesend der erste Sekretär der deutschen Botsch
elow, ‖

Abschrift: mehrere Herren der deutschen Botschaft und der ba
eschäftsträger von der Tann-Rathsamhausen. Die Prinzen unterna
egleitung des Legationsrats von Below eine Rundfahrt durch die St
beisten in der Botschaft.“ (Zeitungsnotiz).

d reproduzier-
ftstücke ist nur
ezielles zu be-
Fig. 1, aus der
Höhestadiums
ankung (1898)
, entstammt
nf Großoktav-
geschriebenen
iefe an die An-
, der, soweit er
ern ist, Klagen
folgungen, Be-
er die Anstalt,
Bekannte ent-
lie Unterschrift
E . . . ist leicht
ieren. Der in
ur wiedergege-
ef bildet auch
er Beziehung
eg für die bei
ibtätigkeit viel
rter als sonst
einer psycho-
en Entäuße-
age tretenden
des Kranken zu

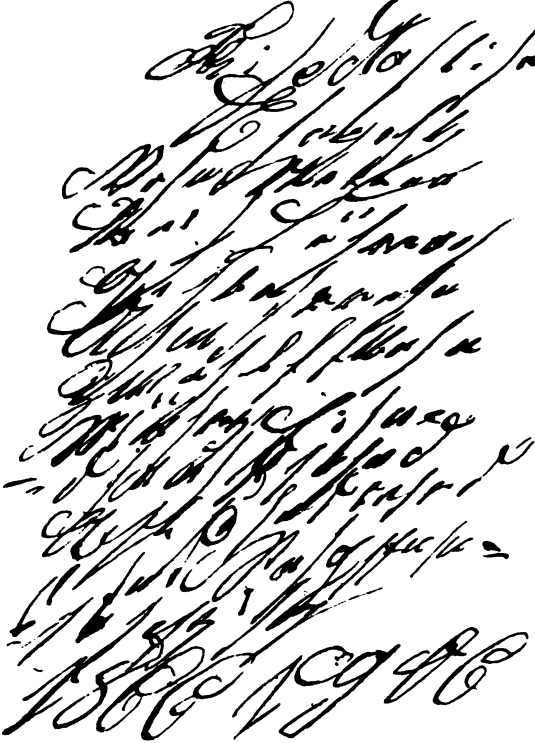


Fig. 4 (Originalgröße)

en. Der Bogen ist nämlich achtfach zusammengefaltet, dadurch jede
Ganzbogens in 8 Abschnitte zerlegt (die Fig. 1 reproduziert den 8.
bschnitt der zweiten Ganzseite) und jedes Sechzehntel des Bogens ohne
g der Reihenfolge und in stets wechselnder Richtung beschrieben
2 gibt links die Abschrift eines vorgeschriebenen Gedichtes. Eine
etrachtung zeigt, daß die Versform (die einzelnen Zeilen) nur schein-
er Abschrift eingehalten sind, indem der Text der ersten Zeile des
s bis in die 2. der Abschrift, der der zweiten Originalzeile bis in
reicht usw. (Bizarrerie?) Neben den schon im allgemeinen namhaft
n Eigentümlichkeiten sind hier auch gewisse (willkürliche?) Ände-
er Orthographie bemerkenswert (f statt v; t statt d usw.).
n Fig. 3 gilt das gleiche. Sie gibt in ihrem zweiten Teil (vom Doppel-
) ebenfalls eine Abschrift wieder. Der erste Teil — Diktat — zeig
Eigenheiten, wie die anderen Schriftproben. Die beiden letzten
entstammen dem Jahre 1901.

Digitized by Google

steigende Zeilen, die Buchstaben sind etwas nachlässiger ausgefü
Form aber ziemlich dieselbe wie früher und insbesondere die inte
Striche, h und s fast genau so häufig und genau so gestellt und ge
n den ältesten Belegen. Man kann dies kontrollieren, wenn man
Worte dieses (auf Aufforderung, den Namen und Geburtstag zu s
prompt hergestellten Elaborates: „Fridolin E . . . l von Stetten bei
geboren am 12. März achtzehnhundertsechsundsechzig — 1866 18
gleicht mit den entsprechenden der Schriften von 1898—1901.

Diese Konstanz der Schreibweise E.s ist auch in diagno
Beziehung nicht unwichtig. Bekanntlich kommt es bei ver
nen Psychosen, insbesondere solchen, die zum Schwachsinn
oder auf dem Boden bestehender Geistesschwäche sich ent
zu Wahnideen des Inhaltes, daß der Kranke Chinesisch, He
eventuell alle fremden Sprachen verstehe und sprechen
Willkürliche Wortneubildungen, Buchstabenkonglomerate
dann — meist erst auf Aufforderung — als solche „Fremd
„Eigen"sprache von diesen Kranken auch niedergeschrieb
solchen Fällen, wird man aber immer sehen, daß die Au
die allophrasischen Namens- usw. Niederschriften in kur
wechseln, nichts Fixiertes, Konstantes darstellen. Oft schon
Stunden nachher können die Kranken ihr Geschreibsel selb
mehr lesen, „übersetzen" es ganz anders als vorher.

Das gilt sogar mitunter von den eigentlichen Kryptop
(Kryptographien), die sich manche Kranke, insbesonder
phrenische und paranoide Persönlichkeiten zurechtlegen,
Tagebuchnotizen, Briefe usw. für Unbefugte unleserlich zu g
Auch hier wird man — von vielleicht ganz seltenen Fällen
scher Paranoia abgesehen, in welchen es eventuell zur Au
einer dauernd beibehaltenen und vom Kranken mühsam
gemachten und erlernten Kryptostenographie kommen k
bald Systemwechsel, Veränderung der gewählten Wortverhä
beobachten, nicht selten auch alsbald ein Aufgeben der be
suche konstatieren können, weil die treibenden (Wahn-)Id
lebendiger Kraft einbüßen, ihr Einfluß abnimmt, womit a
kryptographischen Expektorationen gewöhnlich völlig sch

Auch der Kranke E . . . hat, wie in der Krankenge
vermerkt ist, zeitweise die Größenideen geäußert, stud

lle fremden Sprachen zu kennen. Man mußte ihn aber,
f der Höhe der Erkrankung, direkt fragen, sonst produ-
diese Idee nie, brachte sie auch nur ganz affektlos vor
chte nie Versuche, irgendwie in einer „Eigensprache"-
zu reden oder gar sein „Jerusalemisch —, Chinesisch"
schreiben. Schon daraus kann man entnehmen, daß die
indestens acht (12?) Jahre bereits stationäre Eigenart seines
ns nicht eine in seinen Größenideen wurzelnde „Fremd-
darstellt. Ebensowenig ist sie aus sonstigen bewußten
en, etwa der, eine nur ihm selbst leserliche Geheimschrift
n, entstanden, oder mit dem häufigen katatonen Verbigerieren
dartig klingenden Silben- und Buchstabenkonglomeraten
che: die Katatonie, im Lehrb. d. Psych. v. Binswanger-
ling) vergleichbar. Er schrieb alles so, auch Briefe an
nd Angehörige, die er gelesen haben wollte. Für seine
izarrerie hat er so wenig Einsicht und eine Erklärung, wie
Katatoniker sie (primär) für ihre stereotypen Bewegungen.
e er selbst sie für seine sprachlichen Absonderlichkeiten
an mußte ihm schon etwas suggerieren, ehe er anders
ls: „ich weiß nicht", oder „ich muß halt".
dies deutet darauf hin, daß wir es in der Schreibmanier
einem echt katatonen Symptom zu tun haben (im Gegen-
B. zu der dysarthrischen Sprachstörung), wenn auch das
trauma die skizzierte Rolle als prädisponierendes Moment
ustandekommen dieses „Herdsymptoms" gespielt haben
Daß man es hier im Sinne *Kraepelins* (Lehrbuch) mit einem
nptom zu tun hat, ist zweifellos. Ganz entsprechend der
*lin*schen Äußerung (Lehrbuch 1903, allg. Teil, S. 308) zeigt
unserem Falle auf die Umschriebenheit der katatonen
ädigung das Mißverhältnis hin, das, wenigstens anfangs
n Sprach- und Schriftstörung bestand. Erstere fehlte
ja fast ganz, als die Schreibmanier schon jahrelang in
usbildung vorhanden war, und ist auch jetzt noch gering
r als diese.
e letztere ursprünglich sich entwickelte, ob langsam oder
n, wissen wir nicht. Da keine Schriftstücke E.s aus der

Digitized by Google

ist der Modus des Eintretens dieser eigenartigen Sch
nicht mehr aufzuklären. Ihre pathophysiologischen Bedi
um dies noch kurz zu erwähnen, sind z. T. jedenfalls
Reizvorgänge im Rindenzentrum der Schriftbilder, wie
den geringergradigen perseveratorischen Erscheinungen
sprochenem Worte (vgl. oben) zugrunde liegen. Ein ka
zwangsmäßiges Auftauchen (stereotypes Wiederkehren) d
schen (motorischen?) „Nachbilder“ gewisser Lettern „s“ o
der Doppelvokale, einzelner Konsonanten oder Zahlen- (1-)
Gebilde ist wohl die Ursache der eigenartigen Zerspalt
Verhunzung der Worte, die, wie wir sahen, bei Ab-, Dik
Spontanschreiben in gleicher Weise zutage tritt. Nicht
essant ist, weil wohl für das örtlich elektive Einsetzen (u
schreiten) des katatonen Hirnprozesses sprechend, daß die
E.s (vgl. besonders Fig. 2, 3, 4) nur bezüglich einige
elemente (Buchstaben) dieses perseveratorische Verhalten e
lassen. Auch darin wird man wohl einen speziellen diagno
Hinweis auf die Lokalisation des Prozesses im l. gyr. a
(einem Teil desselben?) erblicken dürfen. Nur vereinzelt fin
neben dem Buchstabenkleben auch Klebeschreiben gewisse
(meist nur auf wenige Wiederholungen sich beschränken
einem ausgeprägten schriftlichen Verbigerieren, wenn ma
in den Iterativen ein „Buchstabenverbigerieren“ sehen w
es ebensowenig wie zu einem sprachlichen.

Man sieht, daß der durch das Nebeneinander von
eines schweren Schädeltraumas (einer traumatischen Neuro
eines schleichend verlaufenden katatonen Verblödungsp
ausgezeichnete Fall zu mehreren interessanten Fragen
konnte. Die möglichen Beziehungen beider Krankheits
zueinander, zum Trauma, die besonderen Züge des k
Krankheitsbildes, gewisse sich aufdrängende Fragen der
sation usw. ließen eine klärende Erörterung wünschensw
scheinen.

Digitized by Google

Das psychische Verhalten von Geisteskranken im Sterben.

Von

Dr. **Walter Albrand**,

enzarzt an der Irrenanstalt Sachsenberg in Mecklenburg-Schwerin.
(Direktion: Obermedizinalrat Dr. Matusch.)

meinen Studien über den zeitlichen Ablauf der einzelnen der mortalen Irisbewegungen, die ich seit dem 1. Sep 1900 an den Patienten der Anstalt Sachsenberg vor, in ch dem Sterben unausgesetzt verfolge, und worüber ich h schon eingehender berichtet habe,[1]) kam ich der Lage he nach häufiger dazu, das psychische Verhalten der n in den Vorstadien des Todes mehr zu beachten und in größeren Umfange zu prüfen, als ich mich ohne diesen chen Anlaß hätte entschließen können, einen sicher dem erfallenden resp. verfallenen Menschen bis in die Todes hinein zu belästigen. Da jedoch schon in den Übergangs vom Leben zum Tode eine fortlaufende Reihe von Pupillen gen im einzelnen Falle unerläßlich ist, um in diesen Zeiten es Bild zu gewinnen von den Pupillenschwankungen zum reits unter Einwirkung agonaler Einflüsse, so habe ich itig nicht unterlassen, mich in Kürze zu informieren über tigen Funktionen der Betreffenden beim drohenden Er der körperlichen. Daß eine derartige Exploration unter

[1]) Das mortale Pupillenphänomen, Arch. f. Augenheilk., Bd. LI, H. 3 erner: das Verhalten der Pupille im Tode, Verlag von C. Marhold

Pupillenbesichtigungen, unter tunlichster Schonung des
stattgefunden, sowie unter Würdigung derjenigen Rücksich
welche in dem Sterbenden nicht bloß das Beobachtun
das „Material“ sieht, sondern auch in ihm das leiden
viduum nicht vergißt, ist selbstredend, und es ist die Inn
des wohl nirgends mehr als hier für den beobachtenden
Platze befindlichen Grundsatzes, sich in die Lage des Beob
hineinzuversetzen, von mir nie außer acht gelassen word

In bezug auf die überhaupt in Frage kommende Beoba
zeit wäre zunächst zu bemerken, daß unter den Vorzeiten d
natürlichen Todes die ihm unmittelbar vorhergehende Ep
eigentlichen Agone, des Todeskampfes sensu strictiore, chara
durch die Äußerungen der Muskeltätigkeit, insbesondere d
Anstrengungen der Respirationsmuskulatur, insofern für das
psychischer Äußerungen kaum eine allgemeinere Bedeutung
kann, als hier bei Geisteskranken, wie bei vorher sogen.
gesunden unter der vorgeschrittenen Ernährungsstörung
hirns eine hochgradige Bewußtseinstrübung vorzuherrsche
welche nahezu in der Mehrzahl der Fälle die gleiche
scheint. Die psychische Reaktionsfähigkeit ist alsdann
von Fall zu Fall verschiedentlich bemessenen Frist in d
gänzlich erloschen, wie fortschreitend gleichfalls größter
nervöse erlischt: die Muskulatur der Glieder usw. ersch
typische Facies morientis tritt auf, die Lider sind me
Sterbenden leicht geöffnet,[1]) nicht selten machen sich
Schielstellungen bemerkbar, der Unterkiefer hängt sch
unter usw.; weiter hören die Reflexe allmählich auf, s
auch die der Kornea und der Bindehaut, wie die Pupill
im späteren Verlaufe der Agone sub finem usw. Das
vor sich gehende Schwinden der Reflexe seitens des A
allgemeinen und der Pupille im besonderen habe ich des g

[1]) Daher resultiert die so häufig vorkommende antemortale
Konjunktiva und Kornea im Bereiche des Lidspaltenabschnitts bei m
Personen im letzten Stadium; ebenso wie ante mortem stehen übri
und post mortem die Lider in der überwiegenden Anzahl der F
wie ich schon früher erwähnt (das mortale Pupillenphänomen)

Digitized by Google

r gröberen Beobachtungsreihe von Sterbefällen innerhalb
talt Sachsenberg feststellen können, und finden sich dies-
he Angaben in andernorts darüber gemachten Mitteilungen;
be es aber absichtlich vermieden, wie ich ausdrücklich
eben möchte, in Parallele zu den genannten Reflexen die
der klinisch meistgeprüftesten in anderen Körpergegenden
genstande systematischer Untersuchungen zu machen (bei-
biese die des Kniephänomens analog etwa den von *Moebius*
vor langem angestellten Vergleichungen zwischen dem Ver-
der Pupille und des Kniereflexes bei alten Menschen.[1])
einer persönlichen, natürlich nicht maßgebenden Auffassung
bekennen, daß es mir unsympathisch ist, an einem Ster-
in ausgedehnterem Maße zu hantieren und seine Ruhe —
davon die Rede sein kann — zu stören durch umfang-
Manipulationen, welche Manipulationen hingegen an dem
eiteres zugänglichen Auge kaum ins Gewicht fallen nach
edeuteten Richtung hin.

kanntermaßen gibt es im Gegensatz zu dem oben erwähnten
neren Vorkommnis des agonalen Verhaltens der Psyche sub
doch auch im natürlichen Tode eine kleinere Reihe von
llen, welche unter Erhaltenbleiben des Sensoriums (des
s und namentlich des Gehörs) wenigstens in nachweis-
ufnahmefähigkeit für gröbere Eindrücke noch annähernd
Momentum mortis mehr oder weniger psychisch reagieren
gieren können, auch wenn man nicht zu sagen berechtigt
das Bewußtsein im einzelnen Falle völlig intakt sei.
gehören unter anderen eventualiter die schneller letal ver-
n Erkrankungen auf Grund gewisser septischer Prozesse,
spielsweise liefern unter ihnen die von akuter Peritonitis
nen erfahrungsgemäß eine bedauernswerte Illustrierung zu
gemeiner gültigen Satze, daß ebenso wie für die Dauer,
t und näheren Umstände des Todeskampfes auch für die
rhandene Anteilnahme der Psyche die Art der tötlichen

[1] Centralbl. f. Nervenheilkunde, Nr. 15, 1883: Notiz über das Verhalten
le bei alten Leuten; und ibid. Nr. 10, 1883: Notiz über das Ver-

es Individuums selbst erst an zweiter Stelle von maßgel
Einflusse ist. An einschlägigen Fällen habe ich unter der G
umme der von mir bisher an der Anstalt beobachteten 200
älle einige mir besonders bemerkenswert erscheinende als
narkantesten der letzten Gruppe gehörig sammeln können,
sque ad mortem infolge einer der letztgenannten Todesa
em Grade eine psychische Unbenommenheit zeigten, daß
tens ein seelisches Partizipieren an der Quelle ihrer körpe
eiden nach Maßgabe der aus dem früheren geistigen Sch
eretteten psychischen Qualitäten unverkennbar war.

In Anbetracht dessen, daß ein detailliertes Eingehen auf den psy
tatus der einzelnen in dieser Abhandlung zu erwähnenden Beoba
ir nicht erforderlich zu sein scheint für das, worauf es in der vorl
urz gefaßten Ausführung ankommt, vermeide ich absichtlich eine Wi
erselben in extenso und begnüge mich mit ihrer Darstellung in
iösester Form; als Beispiele der Eigenart psychischer Verfassung
gone eines der hier berührten Leiden mögen folgende in gedr
ürze angeführten Fälle dienen:

I. Fritz B., Nr. 40 des Leichenjournals der Anstalt Sachsenberg
1 Jahre alt, psych. Krankheit: periodische Manie, Todesursache: se
erlaufende Perforationsperitonitis (höchste gemessene Temp. 38,2°).

II. Ludwig H., unter Nr. 6 pro 1904 im „mortalen Pupillenph
rwähnt, Perforationsperitonitis (höchste gemessene Temp. 37,7°).

III. Wilhelm O., unter Nr. 33 pro 1904 im „mortalen Pupillenph
rwähnt, Perforationsperitonitis (noch in der Agone unzugänglich, ver
ie Temp.-Messung).

IV. Heinrich M., unter Nr. 11 pro 1905 im „Verhalten der Pu
ode" erwähnt, Todesursache: Darmgangrän ex Hernia incarcera
emp.-Steigerung).

V. Karl V., Nr. 27 des Leichenjournals der Anstalt Sachsenberg
0 Jahre alt, psych. Krankheit: jugendliche Verblödung, Todesursach
erlaufende Peritonitis universalis recens (höchste gemessene Tem

VI. Johann H., Nr. 32 des Leichenjournals der Anstalt Sac
ro 1902, 54 Jahre alt, psych. Krankheit: Katatonie, Todesursache: C
ecti mit enormer Ektasie, Koprostase, hochgradiger venöser Stase
innender Gangrän des Colon descend., sowie drohender Peritonit
emp.-Steigerung).

VII. Heinrich T., Nr. 12 des Leichenjournals der Anstalt Sac
ro 1902, 43 Jahre alt, psych. Krankheit: paranoide Demenz, Todes
llgemeine Sepsis, ausgehend von einer Phlegmone des linken Fußes

ungen (Fazies, Kollaps, Prostration usw.) so gut wie bis
zten Augenblick insoweit unbenommen und die Wirkung
merzstillenden Mitteln (Morphium) abgerechnet sich ihres
haften Zustandes bewußt, daß sie nicht nur auf dies-
ne Fragen, sondern auch spontan reagierten hinsichtlich
e und des Sitzes der Schmerzen. Der Grad der Apathie
s Anlaß der schleunigst zum Tode führenden Affektion
b der Bauchhöhle gelegener Organe dürfte für sich be-
bei diesen Kranken nicht stärker vorhanden gewesen sein,
vorher geistig Gesunden in der gleichen Lage. Daß die
igung mit dem eigenen Ich unter den zum Teil wohl sehr
Schmerzen ausschließlich die Kranken beherrschte, be-
icher bei derartigen alten Anstaltsinsassen, wie die vier
keine „Verschlechterung" des psychischen Zustandes all-
ausgedrückt, auch wenn dieselbe nur Schmerzempfindung
iter nichts als diese äußern. Der Schmerz ist eben so
und so erdrückend, er nimmt an sich den ganzen Rest
schen Seins so vollkommen in Anspruch, daß die Kranken
nt mehr dazu gelangen, die wahnhafte Anknüpfung für
en körperlichen Eindruck in alter gewohnter Weise vor-
en, wie es beispielsweise in weniger ernsten Situationen
III früher regelmäßig stattzufinden pflegte. Und anderer-
d altruistische Regungen unter diesen Umständen um so
zu erwarten. Denn mehr weniger losgelöst von den
und Interessen der Familie sind überhaupt die Ein-
en der Anstalt insgesamt hartgesottene Egoisten, und zwar
ausgeprägter, je länger sie sich in der Anstalt befinden;
r im Einzelfalle etwa noch verbliebenen Quote von Intel-
eht bis auf wenige Ausnahmen mit dem Verständnis für
e in der Außenwelt und speziell für die Familienangelegen-
auch die gemütliche Anteilnahme für dieselben verloren.
gs zeigen uns gerade die Ausnahmen hinwiederum auch,
nicht bloß krankhafte Motive resp. Defekte sind, welche
teskranken zum Egoisten stempeln; dieselben können selbst
en von der Art des psychischen Leidens auch weiterhin

ls auch bei dem sich schon fühlbar machenden Herannal
Todes einzelne wenige aus eigenem Antriebe den Wunsc
Anlehnung an die Familie von neuem aussprechen läßt,
ie sich ebenfalls teilnehmend gegenüber dem handgre
Ungemach anderer in ihrer näheren Umgebung. Leider
Denn die öfters im Gegenteil zutage tretende Gefühll
ogar seitens besonnenerer Kranker beim Anblick der Leic
les Sterbens von Mitkranken ist mitunter geradezu verb
Selbstredend kann im allgemeinen das große Heer der Verb
uf dem fraglichen psychischen Gebiete bei der obwa
Gleichgültigkeit und gemütlichen Stumpfheit nichts leiste
ber die oberflächlichste Notiznahme des Vorganges hinau
owie im speziellen die Träger beispielsweise von derartigen
deen sich mindestens indifferent verhalten, welche in d
äglich gleichen Umgebung, ferner in den Verwandten u
Schädiger der eigenen Interessen erblicken lassen. Daß
eglicher Altruismus schwinden muß, ist einfach logisch,
er gleichen Ideenverbindung ergibt sich natürlicherwe
öfteren die weitere Konsequenz, daß der Geisteskranke e
eim Auftreten wirklicher körperlicher Beschwerden die
afür in dem vermeintlichen Urheber der früheren Schäd
ieht und diesen seinen Empfindungen in gesteigertem
Ausdruck verleiht, solange ihm bei ungünstigem Ausgan
Leidens noch die Fähigkeit verbleibt, Eindrücke psychi
erarbeiten. Es ist demnach wohl aus mehr als einem
verständlich, daß die dem Tode entgegengehenden Kranl
Anstalt mit nur wenig vermindertem Bewußtsein a Co
Sterbens und bei in ihnen selbst aufdämmernder Vorahn
aldigen Ablebens im großen und ganzen keine Gedanken
ie in der bedeutungsvollen Stunde des Abschieds vom
uch nur das mindeste Interesse bekundeten für das S
er überlebenden Mitglieder der Familie, noch solche, wel
ie natürlichsten vom allgemein menschlichen Standpun
erichtet wären auf die nächstliegendste seelische Stü
Familienanschlusses in der hilflosesten aller Lagen. Derle
welche sich auf die Angehörigen beziehen, werden selb

r Tätigkeit und bei einem gewissen Grade von Einsicht i
alität der Verhältnisse relativ selten laut, sie werden vo
sschließlichen Besorgnis um den eigenen Zustand erdrück
einen mir, wenn sie wirklich einmal ausgesprochen werden
e im entferntesten die Eindringlichkeit und Affektbetonun
en, wie bei einem vorher Geistesgesunden, der aus eine
d andere bis dahin ernährenden Berufstätigkeit heraus
n wird.

n den oben aufgezählten Fällen drückten sich I und II (I period
nd II Idiotie) am klarsten und bestimmtesten aus über den Sitz de
en und das stark gestörte Allgemeinbefinden, Fall III (paranoïd
gab nur vorübergehend und weniger bestimmt und mit geringere
ligkeit Auskunft entsprechend seinem auch in der Agone wenig ge
unzugänglichen Verhalten, während Fall IV (jugendliche Verblödun
ngradiger dement als Fall III), aus seiner Indolenz aufgerüttelt un
lich jammernd, trotzdem in konfuser Weise bald behauptete, er hab
Schmerzen, bald auf Befragen äußerte, er habe nicht nur im Leibe
auch überall im Körper die heftigsten Schmerzen. Fall V, zwa
s hochgradig dement, fungierte doch noch bis wenige Tage vor den
Handlanger bei Maurerarbeiten; an diesem Kranken verriet in seine
Leidenszeit nichts die Schmerzen, er blieb mutazistisch wie frühe
te bis zum letzten Moment den gleichen maskenartigen Gesichts
, dem sich nur zum Schluß ohne jegliche Spur der Mimik de
es der faziesartige, verfallene Charakter beimischte. Nicht minde
einem maschinen- und automatenhaften Wesen bis zum letzten Atem
blieb der Fall VI, der bei etwa gleichem Verblödungsgrade, wie ih
ergehende Fall aufwies, spontan keine Schmerzempfindung äußerte
Blick, Miene oder Gebärden noch in Worten, sondern nur beim An
unter stets gleichbleibenden gleichgültigen Gesichtszügen mit einen
ja" die Anwesenheit von Schmerzen zugab. Anders und wechselnd
en verhielt sich der Fall VII (paranoïde Demenz), der schon ein
on Jahren innerhalb der Anstalt zugebracht wie auch die übrige
lten Patienten (I—VI). Unter der Einwirkung der foudroyante
nen Sepsis gesellten sich zu den stets sehr lebhaft geäußerten Be
igungen des den Typus eines unnahbaren und ungeselligen Dement
en zeigenden Kranken auf der Höhe der Fieberbewegung noch di
gen des Fieberdeliriums hinzu, wo derselbe unter laut brüllende
das Evangelium seines „leibhaftigen Gottseins" verkündete; damit
erlich wie inhaltlich seine wahnhaften Produktionen eine Steigerun
wäre korrespondierend dem trostlosen körperlichen Zustande de
igen und jeglicher rationeller Behandlung widerstrebenden, starl

sychische Verschlechterung zu verzeichnen in einem Stadium, wo
unkt des unvermeidlichen Exitus mit Sicherheit abzusehen war. D
afte und gereizte Zustand hielt jedoch nicht bis zum Eintreten de
tunde an, vielmehr wurde der Kranke ziemlich plötzlich zugängli
lem Näherrücken des Todes, die gereizte Stimmung verließ ihn,
nildere als je zuvor bemächtigte sich seiner; er gab zwar jetzt no
owenig wie früher das Verlangen zu erkennen, die Angehörigen z
at aber aus eigenem Antriebe um die ständige Anwesenheit eines
lie er vorher perhorresziert. Dies völlige Umschlagen in ein gegens
Verhalten beruht zweifelsohne doch wohl darauf, daß das Gefühl
ichen Unmacht und Hülfsbedürftigkeit mächtiger wird als die aus d
afte Verdeutung der Urheberschaft wirklicher und vermeintliche
rwachsende Stimmung; das Gefühl der Hinfälligkeit, der Angst, we
icht klar bewußt, wird stärker als die Gehässigkeit, die tief ein
Verbitterung und der jahrelang genährte Groll. Die auf den letzte
ionen beruhende eigenartige Färbung des ganzen psychischen Kr
ildes schuf den geeigneten Boden, wo die intensivere Wirkung der d
edingenden Faktoren (Überschwemmung des Körpers und Gehirns
toffen) verbunden mit einer erheblicheren Temperaturerhöhung al
Fällen I—VI das ihrige dazu beitrug, daß das rabiate Wesen des
kurz vor dem antemortalen Stimmungswechsel seinen Kulminationsp
eichte und einen geradezu explosionsartigen Charakter annahm.

In denjenigen weiteren Fällen, in denen gleichfalls
wußtsein bis zum Todeseintritt annähernd in dem früheren U
ortbestehen kann und zwar nach und trotz einer gleichm
um Tode zunehmenden Kachexie, wie etwa im Falle V
Temperatursteigerung), braucht auch zuweilen das sonsti
chische Verhalten der sterbenden Geisteskranken keine n
werte Einbuße darzubieten in der dem plötzlich ohne eig
Agone erfolgenden Tode unmittelbar voraufgehenden Zeit
meiner Beobachtungsreihe befinden sich mehrere Kranke,
ortgeschrittenstem körperlichen Verfall in psychischer Be
unvermittelt dem Tode anheimfielen.

So z. B. war die unter Nr. 21 pro 1905 im „Verhalten der P
Tode" aufgeführte Kranke (VIII. Doris L., senile Demenz, Todes
Carcinoma ventriculi) noch eine Viertelstunde ante mortem weder in
Grade dement noch mehr benommen als in früheren Zeiten, und er
m Stadium der höchsten Erschöpfung mit schnell sich anschließende
eintritt in unverändert monotoner Weise in den gleichen schwach
Deutungen der tatsächlich vorhandenen Magenbeschwerden; in ähnl

ache: Carcinom. oesophagi exulcerans mit enormer Blutung in den
us der arrodierten Aorta descendens) eigentlich bis zu den letzten
cken seine Beeinträchtigungsideen und Querelen vor unter schein-
hrung des gleichen Restes von emotiver Erregung, welche trotz der
größten körperlichen Entkräftung nicht hinter der früher zur Schau
n zurücktrat, wie sie andererseits keine Steigerung in diesem
zustande bemerken ließ.

weichend von den genannten beiden Fällen, wo die Wahn-
haltlich auf der alten Stufe stehen blieben, lockern sich
ren, in denen ebenfalls ein sehr langsam vor sich gehendes
en stattfindet, allmählich die anfänglich eher noch den
des Reellen tragenden Bande immer mehr und mehr, und
mit fortschreitendem Siechtum des Körpers die Deutungen
drücke und die Ideenverbindungen immer abenteuerlicher,
, unmöglicher, kurz schwachsinniger, bis die antemortale
enheit der Tätigkeit des Sensoriums und jeglicher Gedanken-
n Ziel setzt. Denn in der bei weitem größeren Mehrzahl
obachtungen führt ein in der Regel nach Stunden zu be-
es Stadium mit völligem Darniederliegen aller psychischer
nen und parallel gehend dem rapider einsetzenden körper-
erfall hinüber zum Lebensschluß. In den agonalen Zeiten,
dem Coma vorhergehen, sowie in den präagonalen, welche
weifellose Vorboten des in Kürze herannahenden Endes
n, ist schlechterdings bei vollständig verblödeten Geistes-
psychischerseits wenig oder nichts zu vermuten, was
ie eine erwähnenswerte Änderung bedeutete ad bonum
malum. Bei dem Gros der Pflegeabteilungen, deren
sich zumeist aus psychisch völlig stagnierenden End-
n zusammensetzen, muß wohl die eine oder andere agi-
Blödsinnsform beim Schwinden der rohen Kraft ein äußer-
igeres Aussehen gewinnen und den apathischen Formen
r werden, im übrigen aber besteht in der Sterbezeit die-
ychische Tabula rasa wie im Leben, den Zustand des
" ausdrücklich und unterschiedlich vermerkt gegenüber
agonalen und agonalen, wie ich dies schon in manch
Beziehung z. B. rücksichtlich des Ganges der gleichzeitigen

Digitized by Google

Sachsenberg jedoch neben den Bewahrabteilungen eine Au
station für frisch erkrankte Fälle besitzt, so findet sich u
pro Anno zum Sterben kommenden Patienten immerhin n
relativ größere Anzahl von geeigneten Fällen, wo ei
weniger erheblicher Grad psychischer Betätigung sich
den sub signo moriendi stehenden Zeiten möglicherweise
verschaffen kann. Im großen und ganzen habe ich bei d
figen Besuchen Sterbender, soweit dieselben nach der ein
der andern Richtung hin eine seelische Reaktion für de
achter zur Kenntnis brachten, den Eindruck erhalten, d
wesentlicher Unterschied zu verzeichnen ist zwischen letzte
sonstig schwerkranken Irren auf der Höhe der Erkrankung,
zunächst nicht zum Tode führt oder gar in körperliche G
übergehen kann. In einigen sehr wenigen Beobachtun
letztgenannten Kategorie habe auch ich die eine oder
Veränderung im psychischen Gesamtbilde wahrnehmen kön
selbst einer streng objektiven und kritischen Würdigung al
rung in dem ganzen bisherigen Verlaufe imponieren mußt
dings nehmen alle derartigen Zustandsänderungen nach
was ich gesehen habe, durchaus eine Ausnahmestellung ein
bleiben sie nicht haften, wenn wirklich vorhanden, sond
schwinden alsbald nach flüchtigem Bestande hinwieder
der Bildfläche. Jedenfalls möchte ich, was speziell den
Einfluß akuter oder chronischer fieberhafter Erkrankun
Psychosen anlangt, nach meinen Wahrnehmungen auf kei
bezüglich daraus zu ziehender praktischer Konsequenz
therapeutischen Nutzanwendung denjenigen Enthusiasmu
wie ihn schon früher *Wagner* (Jahrbücher für Psychiatrie,
1887) und neuerdings *A. Pilcz* (ebenda, Bd. XXV, 1905) b
Letztere Autoren glauben bekanntlich auf Grund vereinzel
vermeintlicher sehr günstiger Beeinflussungen der Psychos
den fieberhaften Prozeß die Frage bejahen zu müssen, „di
liche Erzeugung einer fieberhaften Krankheit zu einem th
tischen Agens zu machen“ (Erysipelimpfung, Tuberkulininjek
Das wenn auch selten Zutreffende der Relationen son
interkurrenter Leiden zu der Psyche in günstigem Sinne,

Digitized by Google

igens wohl keinem entgehen, der längere Zeit hindurch
eres Material von Geisteskranken beobachtet hat, welche
Anstaltsschutzes doch wohl mehr als andere Menschen
em Lebensalter gelegentlich von einer Reihe mit Fieber
nender Erkrankungen betroffen werden. *Kraepelin* als
meisten tonangebende und berufenste in allen Fragen
klinischer Psychiatrie sagt betreffs des in Frage stehenden
s fieberhafter Krankheiten (namentlich Typhus, Erysipel,
xantheme, Intermittens, Eiterungen usw.) einmal, daß
oder nach derselben in einer kleinen Zahl von Fällen
che Genesung" zur Beobachtung gekommen ist und zwar
in relativ frischeren Fällen, sondern bisweilen auch in
von längerer Dauer oder gar in anscheinend aussichts-
llen; und weiter sagt derselbe Autor, daß selbst bei längst
en Kranken hier und da in den genannten fieberhaften
en (Infektionsfieber) die Wahnideen zurücktreten können,
unerwartete geistige Regsamkeit Platz greift, hier aller-
r für kurze Zeit. Dem zweiten Satz der Ausführungen
ns stimme ich unumwunden zu, ohne mich aber zu dem
schen Standpunkt der beiden Wiener Autoren aufschwingen
en; dem ersten Satz gegenüber vermag ich einen gewissen
mus nicht zu unterdrücken, namentlich wenn in Hinsicht
Bezeichnung „Genesung" überhaupt rigoroser verfahren
s ist ja lediglich Ansichtssache, ob der Zustand eines
rkrankten am Entlassungstermine aus der Anstalt, wenn
ch im einzelnen Falle durchaus den Gebrauch der Be-
g „Heilung" rechtfertigen dürfte, schon für maßgeblich zu
sei, um die erfolgte Heilung auszusprechen, oder ob erst
tbleiben des betr. Kranken unter den alten, den Prüfstein
sich geistig gesund Erhalten abgebenden Verhältnissen
Entlassung die Garantie für die wirkliche Heilung zu
abe. Zunächst müßte streng genommen doch wohl jede
immer nur als eine provisorische anzusehen sein in An-
der notorischen Häufigkeit von Rückfälligkeiten aller
nen Erkrankungen, und wäre von einer definitiven erst
sprechen, wenn eine einigermaßen zuverlässige Katamnese,

Digitized by Google

für die Bedeutung der Festigung des geistigen Zusa
Drange alles dessen, was das Leben in der Außenwelt
bringt. Indem ich diesen Punkt berühre und einige E
äußere, fällt es mir jedoch nicht bei, etwa den Modus n
zuerkennen, Kranke beim Ausscheiden aus der Anstalt be
„geheilt" zu entlassen, da nicht bloß theoretische Erwägu
berücksichtigen sind, sondern sehr oft praktische Fragen
wendung dieses Modus empfehlenswert erscheinen lassen
und vor allem, da es bei der Interesselosigkeit des Publi
wohl wie bei der Neigung desselben, alles das zu ignorie
eine Rückerinnerung an die Anstaltsepisode mit sich brin
von vornherein ziemlich aussichtslos erscheinen dürfte, a
in einer sehr beschränkten Anzahl der entlassenen Patiente
genauere Daten zu erhalten.

Es würde hier zu weit führen, auf rein theoretische Erörteru
das Wie? hinsichtlich der salutären Seiten des Fiebers einzuge
Wagner, a. a. O. S. 118), wobei auch die Frage berücksichtigt zu we
langt, ob die dem Fieber die Signatur verleihende Temperatursteig
und für sich von irgendwelcher Bedeutung werden kann, sobald es
um das eigentliche „Infektionsfieber" handelt. Bezüglich des letzt
es ja sehr nahe, eine Parallele zwischen der körperlichen und ps
Rückwirkung zu ziehen etwa im Sinne der modernen Immunitätsl
die Idee, die *Ehrlich*sche Toxinlehre auch auf die Vorgänge in de
pathologie versuchsweise zu übertragen (*Alter*-Leubus), erscheint mi
theoretischen Standpunkte aus unanfechtbar, sie drängt sich sog
streng naturwissenschaftlich denkender Psychiater auf, und nach
ganz abgesehen vom Fieber in bestimmten Fällen zukünftig viel
Möglichkeit nicht ausgeschlossen, bei den auf einer Infektion be
Prozessen die Stoffe (Toxine) zu eliminieren, welche neben den kö
zugleich die seelischen Störungen bedingen. Möglicherweise könnte
den auf Lues direkt oder indirekt beruhenden Störungen des Zent
systems ein nach dem Kennenlernen der Syphiliserreger schlie
nicht ausbleibendes Serum eine bessere und dauernde Heilung gew
die medikamentöse Therapie, welche bei der zurzeit wohl allg
„metasyphilitischer" Vergiftung aufgefaßten Paralyse nicht nur nic
sondern sogar eher verderblich werden kann. Aber die theoreti
wägungen sind praktisch noch lange nicht spruchreif, weil wir n
über Vermutungen hinausgekommen sind, und das wenige, was wir
glauben, über etwaige Noxen bakterieller Art oder deren Folgen:
Stoffwechsel mit Produktion resp. gehinderter Exkretion und Reten

eine Person unbedenklich noch von allen praktischen Versuchen am abstehen würde. Außerdem wissen wir ja auch gar nicht, was von den veränderten Stoffwechsels als Ursache der nervösen und geistigen und was denkbarerweise als Folgeerscheinung der letzteren auf- ist; eine verfrühte Versuchsfreudigkeit bedeutet in meinen Augen Hand mindestens eine unnütze Quälerei für das menschliche Ver- kt, und es wäre meines Erachtens erst dann gestattet, von berufener mit praktischen Versuchen an den Menschen heranzugehen, wenn en, eine theoretisch mehr gesicherte Basis zu gewinnen auf Grund der Tierexperimente.

sentlich anders und noch viel nebelhafter scheint mir die u liegen bei der Einwirkung einer beliebigen akuten In- krankheit auf eine schon vorher kranke Psyche, deren ng mit infektiösen Ursachen nachweislich nichts zu tun n Theoretisieren darüber ist gewiß sehr förderlich auch Gewinnung weiterer Anhaltspunkte, welche sich später einiger Klärung vielleicht praktisch verwerten lassen, auch ir vorläufig positiv kaum mehr zu leisten imstande sind, Registrierung einschlägiger exakter Beobachtungen vor- en. So haben uns verschiedene, in früheren Jahren hier e beobachtete Typhusepidemien in größeren Dimensionen sowie in geringerer Ausdehnung (1903) und einzelne che Fälle vorhergehender Jahrgänge unter anderem die keit geboten, über die angeregte Frage Studien anstellen en und unsererseits einen bescheidenen Beitrag zu liefern. Erfahrung der beiden letzten Jahre lehrt (1904 und 1905), übrigens der Typhus nach der berechtigten Hoffnung end- us der Anstalt verbannt zu sein dank der Mühewaltung Direktion, die sanitären Vorrichtungen der Anstalt in s einer Hinsicht durchgreifend zu verbessern. Im Verlaufe rjenigen Typhusfälle, die ich während meines Hierseins lle Stadien verfolgen konnte, ist mir eigentlich so gut wie hts begegnet, was die Auffassung von einem günstigen des Typhus, ob schwererer ob leichterer Art, auf den ustand der betroffenen verschiedenen Geisteskranken ge- nur in einem der von mir beobachteten Fälle konnte n bemerkenswerter Weise die Rede sein:

Digitized by Google

Oktober bis November 1903 am Typhus mittelschwerer Art (höchste g
Temperatur 39,4°.) Zur Zeit des Fastigiums und in der Deferveszenz
Patient entschieden ruhiger, geordneter und klarer als in der ganzen
Beobachtungszeit. aber schon in der Periode der Rekonvaleszenz
unter dem sich von neuem geltend machenden Einfluß der frühe
uzinationen der Alte, verworren, abschweifend und lärmend.

Die vorübergehende Besserung des hier in Kürze
gegebenen Falles glaube ich, gleichwie teilweise in äh
vorliegenden Beobachtungen, kaum höher veranschlagen zu
als eine scheinbare, da begreiflicherweise die Kranken du
mit dem Fieber usw. verknüpften körperlichen Besch
psychisch in dem Grade kaptiviert resp. abgelenkt werden
daß sowohl die Sinnestäuschungen zeitweilig nicht in de
Lebhaftigkeit empfunden und eher übersehen werden, u
erner in der sich stark fühlbar machenden körperlichen Bed
der Kreis der vorher ausschließlich den Kranken beschäft
Wahnideen sich öffnet, und mehr der Wirklichkeit Re
ragenden Erwägungen und Befürchtungen Raum gegebe
dem gegenüber vielleicht nur die gewohnheitsmäße Tend
rücktritt, das augenblicklich Erfahrene ohne weiteres
üblichen Weise ursächlich zu verkennen und umzudeuten, v
iefer eingewurzelte Wahnideen selbst wohl schwerlich in zei
Vergessenheit von irgendwelcher Dauer geraten. Das stark
Allgemeinbefinden kann so dringlich mahnend werden,
aufgerüttelte Kranke nicht nur aus eigener Initiative Li
nachsucht und ärztliche Hilfe beansprucht, sondern auch
körperlichen Zustand und dessen mögliche Folgen mehr i
einer nicht krankhaft abirrenden Ideenverbindung aufz
beginnt, welche zurückgreifend auf die Reminiszenz gesund
dort Tröstung und Unterstützung zu suchen zu erkennen
sie sie früher erfahren d. h. von seiten der Angehörigen.
kommt es allerdings wohl ganz und gar auf den einzeln
und dessen nähere Umstände in jeder Hinsicht an, in w
die Kranken sich in schwerer körperlicher Plage zu b
vermögen auf dieses mächtigste aller den Menschen ans
und an die Gesellschaft fesselnden Bindeglieder; ein tieferg
Bedürfnis nach dem länger oder kürzer entbehrten Fa

Digitized by Google

tener scheinen bei den Kranken Gedanken aufzutauchen
ein weitergehendes Interesse für die Familie bekunden
zugleich neben der passiven Rolle der Empfangenden auch
rlangen nach der aktiven des Gebenden äußern. Nur in
Fällen habe ich das, was ich klinisch und psychologisch
r bemerkenswert halte, am Kranken- oder Sterbebette
Anstaltsinsassen erlebt, daß nämlich die betreffenden
in Rücksicht darauf dem Wunsche nach körperlichen
ng Ausdruck verliehen, wiederum nutzbringende Helfer den
erden zu können, oder im Falle der Vorahnung eines nicht
ndenden Ausgangs das scheinbar tiefer empfundene Bedauern
en an ihr mutmaßliches Schicksal geknüpften materiellen
aussprachen. Solcher und ähnlicher Äußerungen wird
seits ohne die Einwirkung von körperlicher Krankheit oder
rbens bisweilen und dann zumeist in nur oberflächlicher
rminderter Weise seitens einzelner Kranker Erwähnung
wo in Anbetracht der sonst zur Schau getragenen Stumpf-
d Gemütslosigkeit diese plötzlichen Regungen um so über-
der wirken: immerhin sind diese öfters den Eindruck des
chanischen machenden Produktionen, ebenso schnell ver-
, wie sie gekommen sind, doch ein Beweis dafür, daß in
che eines anscheinend ohne jegliches Interesse automaten
hinlebenden Patienten manches von unserer Schulweisheit
rwartetes noch aufgerührt und lebendig werden kann aus
äher erklärbaren Anlässen, welche jedoch mit Krankheit
d nichts zu tun haben. Hieraus ergibt sich schon die
ng, kein allzu großes Gewicht auf den psychisch bessernden
interkurrent auftretender Leiden zu legen und ihre mehr
blematisch erscheinende Heilwirkung bezüglich der geistigen
nicht zu überschätzen. Und ferner sehen wir im Gegen-
der verschwindend geringen Minderzahl von Fällen, bei
in körperlichen Leiden die Seelentätigkeit in gesunderen
einlenkt, in der überwiegend größeren Reihe der unter
en gleichen Verhältnissen stehenden Fälle dieses Anklingen
lankenzusammenhange an gesundere Ideen entweder ga
oder im Gegenteil bei dem numerisch größtenteils de

Digitized by Google

Körperlichen Krankheitszeichen nur eine neue Quelle sich w
fortspinnender Verdeutungen wird, wenn überhaupt noch
Intelligenz vorhanden, eine assoziative Verarbeitung ne
genommener Eindrücke stattfinden zu lassen, und, füg
hinzu, wenn letztere auch wirklich mitgeteilt wird. Den
darüber muß man sich klar sein, daß manch ein Patient
aus der vorher genannten Gruppe mit den bekannten Sym
blödsinniger erscheint, als er in Wirklichkeit sein mag, u
er mit dem ihm verbliebenen psychischen Restanteil sich v
atsächlich doch noch mehr zu rühren vermag, als es den A
hat, wenn er durch ein plötzlich einsetzendes, ungewohn
heftiges körperliches Ungemach zugleich psychisch einen
schen Stoß erleidet. Zumeist bemerkt man bei fieberhaften
heiten wie bei nicht fieberhaften eine individuelle Ausleg
schlechten Allgemeinbefindens usw. in dem alten ausgef
Geleise und unter Umständen mit jähem Ansteigen der
lichen Erregungswelle, ohne daß man meines Dafürhalten
den Grund für die Annahme einer „Verschlechterung" des g
Zustandes finden darf; denn es dürfte wohl bei den event
steigerten Affektäußerungen in Sprache, Haltung und Geber
solcher Kranken eine quälenden Symptomen adäquate,
gemütliche Betonung kein Wunder nehmen entsprechend de
noch im gemütlichen Leben verfügbar ist. Auf der ander
wäre natürlicherweise etwa bei einem völlig Blödsinnigen m
artigen Erregungszuständen dann nicht von „Besserung" zu sp
wenn er unter der Einwirkung z. B. eines ihn packenden
Fiebers an der Manifestierung seines früheren Bewegungs
gehindert wird.

Wenn wir bedenken, daß der von der Infektion n
rennende fieberhafte Symptomenkomplex in seinen sch
Formen eine Schädlichkeit bedeutet, die an sich genügt,
nalen Funktionen der Hirnrinde zu stören und eine P
hervorzurufen und zwar nicht bloß eine flüchtige, wie die h
Fieberdelirien usw. -- von einer das Fieber bedingenden sp
nfektionskrankheit, von den bekannten schwersten Störun
Nervensystems gerade im Adominaltyphus hier ganz abz

r möglicherweise zum Ausbruch —, so erscheint es mir
viel plausibler, an eine Heilwirkung des Fiebers nach
ychischen Richtung hin keine Erwartungen zu knüpfen
r wirkt als eine der Noxen, welche unter den allgemeinen
n der Psychosen und der psychischen Störungen nach dem
unseres heutigentags noch außerordentlich mangelhaften
von der Ätiologie der Geisteskrankheiten aufgeführt zu
pflegen, das Fieber, die Infektion beim Fortbestehen der
chen Krankheit von neuem schädigend auf dieselbe ein
addiert sich gewissermaßen einem schon früher der Psyche
en Schlage ein neuer, eventuell im Wesen gleicher, wenn
m Grade nach verschiedenartig ausfallender Schlag hinzu
an scheint mir nichts durch die Auffassung geändert zu werden
Fieber an sich kein deletärer Vorgang ist, sondern als Reaktions-
ng des lebenden Organismus auf die Infektion die Anbahnung eines
rozesses in sich faßt; die Stoffwechselveränderungen in dem nur
dieser Änderungen, als Indikator (*v. Behring*) derselben anzusehenden
lden nach den erbrachten Aufschlüssen moderner Forschung gerade
or, durch den die Selbstheilung vor sich geht, indem das Gift, die
die Bildung des Gegengiftes, der Antitoxine, anregt und weiterhin
inem gewissen Überschusse fördert. Das segensreiche Bleibsel des
-physiologischen Prozesses ist die Immunität des Körpers, also auch
inde gegenüber den Infektionen gleicher Art und deren etwaigen
nzen, aber außer diesem Schutze, den die Psyche aus einer über-
n Infektionskrankheit in ihrem anatomischen Substrat gegen eine
immte Invasion erfahren kann, findet sich nichts, was ihr eine größere
t zu verleihen imstande wäre in Hinblick auf ähnliche oder anders
asionen, letzteren gegenüber kann sie sogar weniger resistent bleiben
cheinend vollkommener Restitutio ad integrum des übrigen Körpers
nn der leicht und glücklich seitens des Körpers überwundenen In
ine dauernde „funktionelle“ Störung derselben auf dem Fuße nach
Danach ließe es sich zurzeit, wo wir über die den sog. funktionellen
n zugrunde liegenden chemisch-physikalischen Veränderungen des
so gut wie gar nichts wissen, von faßbaren anatomischen Veränderungen
er Rindenzellen ganz zu schweigen, wohl in keiner Weise ermöglichen
n nur ein im entferntesten zutreffendes Bild von dem eigentlichen
r psychisch bessernden Wirkung fieberhafter Erkrankungen zu machen
t ein häufigeres Vorkommen derartiger Besserungen interkurrente
geben, als es mir gelungen ist, im Verlaufe von Psychosen be
en somatischen Leiden nachzuweisen, vermag ich in Anbetracht der
rschenden Unklarheit um so weniger die Berechtigung von thera-

icherheit in der Hand haben. Wenn sie verderblich ausfällt, ist ie Bekanntgebung derselben zur Warnung anderer zu erwarten, wie ach vermeintlicher gegenteiliger Wirkung mit dem Zwecke der Aufm n Nachprüfungen?

Was speziell die Erscheinungen der Epilepsie anbetrifft, ie temporären psychisch-nervösen Störungen derselben, kurz lles Anfallartige, als auch die dauernd bestehende Charakteran sw. und ihre etwaige Beeinflussung durch eine dazwischent eberhafte Erkrankung, so ist auch von unserer Seite n brede zu stellen, daß in einer Reihe von Fällen dem Beo ald mehr bald minder deutlich sich bemerkbar machen iehungen begegnen, welche zwischen den durch das Fie ingten körperlichen und den neuro-psychotischen Vor tattfinden. In der Literatur finden sich sogar Mitteilungen, ber Beobachtungen berichten, in denen nach durchgen örperlichen Erkrankungen der mehrfach erwähnten Art ein ich anschließendes dauerndes Fortbleiben der epileptischen onstatiert wurde (*Wagner* [a. a. O.] erwähnt z. B. einen F ach Intermittens die epileptischen Anfälle fortblieben). erartige Dauerheilung eines Epileptikers, wenigstens von nfällen, habe ich zwar als Folgeerscheinung eines fiebe rozesses nicht gesehen, wohl aber kann auch ich unter a ine besonders eklatante kasuistische Bereicherung liefe nnerhalb zweier fieberhafter Perioden sich keine Anfälle z

Der Fall betrifft einen zurzeit noch in der Anstalt lebenden, w pileptischen Pflegling, der an recht häufigen epileptischen Anfälle ofort aber davon frei wurde in den Zeiten eines die Kranke bef rysipels: XI. Martha K., geb. 1877, aufgenommen Dezember 1897, epil emenz mit häufigen typischen Anfällen schwererer Art ohne son erkenswertes. Die Anfälle wurden plötzlich und drei Wochen lang vom 15. Dezember 1900 bis 6. Januar 1901), als Patientin von einem es linken Beines betroffen ward (höchste gemessene Temperatur nd desgleichen wurden die in alter Fülle und Art nach der Defe iederum eingetretenen Anfälle in einem zum zweitenmal durchge rysipel vier Wochen lang (Mai 1904) sistiert, in welcher Zeit die n einem, im Gesicht beginnenden, auf Hals, Brust und Rücken andernden und schließlich zu einem kleinen Dekubitus führenden chwerkrank daniederlag (höchste gemessene Temperatur 40.3°). uftreten der Anfälle wie früher. Während des Pansierens der An

Digitized by Google

st zu sein pflegte;[1]) im übrigen aber gab die Demenz während d
ls keine Abweichungen zu erkennen.

en Beobachtungen, wie dieser letzteren, wo eine mit hohe
verbundene Infektion urplötzlich mit einem Schlage d
der mit einer gewissen Regelmäßigkeit auftretenden Anfäl
richt und, solange der febrile Prozeß anherrscht, in u
utiger Weise zum befreienden Anlaß der Anfälle wir
eine irgendwie nach dem Erlöschen des Prozesses a
dere, günstige Nachwirkung vermissen läßt, stehen a
llos doch häufigere diejenigen gegenüber, wo nicht nur d
e dauernd ausbleiben aus andersartigen Ursachen, als Fol
edikamentösen Behandlung, zum Teil auch aus nicht nac
hen Gründen allmählich versiegen, sondern wo außerde
noch eine von Bestand bleibende Charakteränderung d
en zum Guten an die Stelle der früheren labilen Stir
tritt.

n Fällen der letzteren Art, wo die Anfälle in mittleren Lebensjahr
chwanden und auch bis dahin nicht wiederkehrten, möchte ich unt
n Bestande an Epileptikern besonders zwei hervorheben: in dem ein
ckerte sich die Kette der Anfälle nach und nach unter allmählich
erung einer gleichmäßigen Gemütslage und mit folgender ununte
er Betätigung der intellektuellen Fähigkeiten in geordneter Arbe
arl R., geb. 1857, aufgenommen Februar 1877, litt seit dem sechst
ahre an häufigen epileptischen Anfällen, welche in den Jahren 18
7 immer seltener wurden, um hernach überhaupt nicht wieder au
. In früheren Jahren neigte der Patient sehr stark zum Vagabondiere
en, Betteln und Stehlen; er entwich des öfteren, und alle angestellt
e, ihn mit den einfachsten Dingen zu beschäftigen, scheiterten, da
dem nötigen Geschick und jeglicher Beharrlichkeit fehlte, und
m sehr eigensinnig und widersetzlich war. An diesem bisherig
en Muster einer epileptischen Charakterdegeneration vollzog sich n
fe der genannten Jahre mit dem Schwinden der Anfälle zugleich ei

Die an beiderseitiger exulzerierender Blepharitis mit sehr häufig
en des Bulbus selbst und sekundären Kornealprozessen leiden
acquirierte im weiteren Verlaufe des Erysipels im Mai 1904 v
frischere und tiefergehende Entzündungen der Hornhaut, welche lin
m Kornealabszeß führten; der Behandlung dieser Affektionen setz
en auffallend heftigeren Widerstand entgegen, als sie vorher od
bei ähnlichen Rezidiven anwendete.

Digitized by Google

n Heimatsort entlassen wurde. In einem zweiten, kurz anschließenden wurde dasselbe günstige Resultat in sehr wesentlich beschleunig o erzielt, und zwar, wie wir hierorts wohl anzunehmen uns berec , auf Grund der in der Anstalt Sachsenberg üblichen antiepileptis dlung mit Bromwassser (flaschenweise tägliche Verabfolgung e g von: Kal. bromat. 60,0; Natr. bromat. 60.0 Ammon. bromat. 30. Wasser).

XIII. Anna K., 1867 geb., aufgenommen Dezember 1902 wegen häu tischer Anfälle und vor allem wohl wegen der häufigen Konflikte mgebung infolge der sich geltend machenden unangenehmen epileptis ktereigenschaften; nach Einleitung einer Bromtherapie verloren sich r-Februar 1904 die vorher im Monat etwa ein Dutzend an Zahl nden Anfälle vollständig, und wurde die beim geringsten Anlaß in auflodernde Patientin, ein wahres Noli me tangere pathologischer rkeit, in kurzer Frist eine wesentlich mildere, friedfertige und verträgli gleichmäßig arbeitsame Person, bei welcher an Stelle der früh ossenheit und Streitlust die bestehende Arbeitsfreudigkeit einen her enden Zug in ihrem Wesen einnimmt.

Vorausgesetzt, man würde durch künstliche Fiebererzeug rnd dasselbe erreichen können in dem einen oder ande , so würde ich es doch vorziehen, wenn eine der bei ständi rolle ungefährlichen, gebräuchlichen Medikationen vers r auf diese Art von therapeutischen Anwendungen g icht zu leisten, als einen unserer Patienten durch die erung einer fieberhaften Erkrankung einem immerhin ssen Schicksal auszusetzen und ihn zum Gegenstande ei rimentellen Wagnisses zu machen, dessen Ausgang ich übersehen kann. Außerdem ist gerade bei der Epile iner exquisit in periodischen Schüben und anfallsweise nden Erkrankungsform nie aus dem Auge zu lassen, die Beurteilung aller nur möglichen, überhaupt in Vorsch zum Teil auch zur Ausführung gebrachten therapeutisc nahmen, chirurgischen Eingriffe usw. in ihrer Sicherheit n gefährdet wird, daß eben ohne die Anwendung aller a

Digitized by Google

einhaltoren die Anfälle Jahre hindurch sistieren können. *nger*). Und da ferner jede beliebige der antiepileptischen nen unter dem gesamten therapeutischen Arsenal immer sehr vereinzelten Fällen einen wirklich durchschlagen- lg zu erzielen scheint, ist wohl eine um so strengere eboten in der Wertung einzelner interkurrenter Vor- se, wie zufällig intervenierender oder absichtlich her- ener fieberhafter Zustände, denen gar zu leicht gemäß post, ergo propter eine ihnen in Wirklichkeit viel- ar nicht zustehende Bedeutung beigemessen werden

llen denjenigen Fällen, in welchen ein ernsteres körper- eiden mit oder ohne Fieber den früher oder später ein- Exitus eines Epileptikers mit sich brachte, glaube ich s aus der Leidens- und Sterbensgeschichte der von mir eten ein bestimmtes Abhängigkeitsverhältnis der epilepti- rscheinungen von den somatischen Vorgängen als regel- statthabend ableiten zu dürfen, ohne aber auf den en Begleitprozeß des Fiebers einen kausalen Nachdruck können. Mit Beiseitelassung der Fälle mit früheren, einzelten epileptiformen Anfällen, wie sie gelegentlich wohl Verlaufe anderweitiger funktioneller Nervenkrankheiten chosen einmal auftauchen können, habe ich in Rücksicht eigentliche Thema dieser Abhandlung das Krankenmaterial hiesiger Anstalt unter meiner Beobachtung verstorbenen ter einer nochmaligen genaueren Durchsicht unterzogen, l danach meines Erachtens bezüglich des Fortbleibens, tenerwerdens der Anfälle einander analoge Beeinflussungen Ende veranlassenden Krankheit festzustellen, wobei mir r Stelle die todbringende Erschöpfung ursächlich in Frage nen scheint, während die Todesart, speziell ob eine In- und eventuell Fieber vorhanden sind oder nicht, in der aller Fälle hinsichtlich des epileptischen Krampfanfalls den Hintergrund tritt. Beispielsweise befinden sich unter efällen von epileptischen Personen, welche neben aus- enen psychischen Störungen recht häufige Anfälle zeigten

Digitized by Google

den Perioden remittierenden Fiebers, in welchen die
immer seltener wurden, je näher die Todeszeit bei den
stark abgemagerten und körperlich mehr reduzierten In
heranrückte; ja in den letzten Wochen ante finem kame
Anfälle mehr zur Beobachtung. Ein ähnlicher Zusamm
zwischen körperlichem Verfall und Sistierung der Anfälle
mir zweifellos obzuwalten in drei weiteren Fällen (Nr. 14
Nr. 8, 1903; Nr. 10, 1905 des Leichenjournals der
Sachsenberg), wo abgesehen von einmaligen antemortal
intramortalen Temperatursteigerungen ein sonst fieberlo
zum Teil eher mit erheblichen subnormalen Temperaturen
gehender Erschöpfungszustand schließlich den Lebenssch
völlig dekrepid und hinfällig gewordenen Kranken n
brachte; bei diesen Kranken hörten gleichfalls die früher
epileptischen Anfälle in der letzten, der eigentlichen Ag
aufgehenden Lebenszeit gänzlich auf, nachdem sie zuvo
merklich seltener geworden unter dem deutlicheren Herv
einer gradatim zunehmenden körperlichen Einschmelzung

Der eine, von mir bereits unter den obigen Fällen von Lung
eingereihte Sterbefall (Nr. 23, 1903) beansprucht insofern ein b
Interesse, als bei dem anfänglich noch leidlich kräftigen Menschen
dem Einsetzen einer sehr lang andauernden Periode der Febris he
zuvor öfteren und schwereren Anfälle aussetzten, nur ein ganz leich
— so leichter Art, wie er sonst nie bei dem Patienten beobachte
im Fieberbeginn einmal aufflackerte, und alsdann bis zum Tode
Anfälle nicht wiederkehrten: XIV. Hermann J., 1883 geboren, aufg
in die Anstalt im Februar 1900, an häufigen epileptischen Anfällen
welche aber fortblieben mit den seit Mitte Oktober 1902 manifester w
Erscheinungen einer Lungentuberkulose, einhergehend mit remit
Fieberbewegungen (höchste gemessene Temperatur 39,8°). Ganz i
der Fieberperiode (am 17. Oktober 1902) hatte der Patient einen
im Grade und in der Dauer von den früheren Anfällen abweichende
der zufällig auch ärztlicherseits beobachtet werden konnte. Währen
nur wenige Sekunden betragenden absenceartigen Anfalls rührte de
auf einem Stuhl sitzende Kranke sich nicht von demselben, sah
sich und erlangte nach einigen Schmeckbewegungen sogleich da

[1]) Leichenjournal der Anstalt Sachsenberg: Nr. 12, 1901; Nr.
Nr. 23, 1903; Nr. 17, 1905; Nr. 20, 1905.

Digitized by Google

Bewußtsein wieder. Von da ab Ausbleiben des Anfalls bis zu dem
ai 1903 erfolgenden Exitus letalis. — Darin, daß ein körperliche
nfektiöser und febriler Natur hier plötzlich die in gewissen Inter
ufeinander folgenden Anfälle abschneidet, gleicht der letzterwähnte
endende Fall mehr denen, wie ich einen derartigen in Fall XI au
habe, und wo nur nach dem Übergang in Genesung die weiter
tung lehren kann, ob die Anfälle etwa dauernd ausbleiben, ode
erwindung des Leidens in alter Zahl und Stärke wiederkehren.
fernerer Sterbefall (Nr. 13, 1904, welcher von mir nebst verschiedene
hier wiedergegebenen in den Tabellen meiner früheren Arbeiten übe
enpupille bereits nach anderen leitenden Gesichtspunkten in gedräng
ürze erwähnt ist) verdankt wohl ebenfalls nur dem vehement ein
Fieber das Verschwinden der Anfälle: XV. Wilhelmine M., a
1904 in die Anstalt schwerkrank und unter hohem Fieber eingeliefe
gemessene Temperatur 40,4°). Nach der Anamnese zeigte die se
vor der Aufnahme psychisch völlig veränderte Patientin (unzugänglic
azistisch geworden, gänzlich die Nahrung verweigernd) seitdem auc
er zuvor häufigeren epileptischen Anfälle mehr, wie sie auch bis z
leidlichem allgemeinen Ernährungszustande durch Lungengangrä
nigten Exitus (am 30. März 1904) anfallsfrei verblieb.

knüpfend an die letal endigenden, mit oder ohne Fiebe
eitenden Erschöpfungszustände etwa ein stets zutreffende
gemein gültiges gesetzmäßiges Verhalten konstruieren z
wonach den Anfällen der Epileptiker ein sicheres Vet
würde durch die anteagonalen und agonalen körperliche
nisse, geht jedoch nicht an; denn schon unter meinem
ge der Sache nach nicht zahlreichen Epileptikermateria
sich, wenn auch in starker Minderzahl, Beobachtungen, i
selbst die Agone gehäuften Anfällen nicht Halt zu biete

I. Willi D., geb. 1887, epileptischer Idiot; seit August 1903 be
und bis zum am 10. Oktober 1903 eintretenden Tode fortschreitend
Erschöpfung (Nr. 32 des Leichenjournals pro 1903). Einem Anfall
ge des Todestages folgen innerhalb der letzten 24 Stunden noc
ere Anfälle nach, die an Schwere und Dauer nicht hinter den sons
Kranken gesehenen zurückstanden: die Körpertemperatur betrug zu
letzten Anfälle sub finem 34,1°.
einem anderen, mit fieberhaften Erscheinungen verbundenen Fall
Siechtums hielten ebenfalls die an Zahl, Stärke und Dauer nich
h unterschiedlich zu vermerkenden Anfälle an bis zur Todeszeit
einrich F., 40 Jahre alt, Todesursache: Sepsis ex Decubit., (Nr. 2

Digitized by Google

Temperatur 40,1°). Noch im Laufe der letzten 48 Stunden ein An
retend, der in allem das Bild der vorhergehenden bot.

Selbstredend sind diejenigen mortal verlaufenden Fälle als nich
gehörig zu betrachten, in denen die Summe gehäufter epileptische
(Status epilepticus) in kürzester Frist ihrerseits Todesanlaß werd
durch die hochgradige allgemeine Konsumtion. Eine entsprechen
achtung des hiesigen Materials ist in der Tabelle meiner Arbeit
nortale Pupillenphänomen usw. unter Nr. 10 pro 1904 aufgeführt,
einer wenig kräftigen Epileptika ein 20 stündiger Status mit Mor
Die Zahl der Fälle, in denen bei kräftigstem Körperzustande die E
m vereinzelten epileptischen Anfall dem Leben ein sehr jähes Ende
möchte ich nur zur Vervollständigung meines epileptischen Toten
erwähnen; es sind mir deren 5 begegnet im Laufe von fünfjähriger As
ätigkeit an der Anstalt Sachsenberg.[1])

Sollte es berechtigt sein, dem Fieber unter Beiseite
der prämortal und mortal etwa noch zur Wirkung kom
Einflüsse an und für sich eine maßgebliche Rolle zu vin
welche es in vereinzelten Fällen spielen dürfte im Hinb
die Äußerungen alles typisch Periodischen, vornehmlich d
leptischen, so fehlt es andererseits auch wiederum n
gelegentlich ärztlich zu beobachtenden Krankheitsfällen,
Periodische, der epileptische Anfall, direkt oder indire
Fieberbewegung zur Folge hat.

Letzteres sah ich mit ziemlicher Regelmäßigkeit bei einem Ep
welcher innerhalb der Anstalt etwa alle 8 Tage kleine Serien von
hatte (bis zu 5), denen sich ein atypisches Fieber mit meist gering
Temperatursteigerungen (38,1° bis 38,5°) anschloß; nur gelegentlich
zu erheblichen Steigerungen (höchste gemessene Temperatur 39,4
sonstigen allgemeinen und lokalen Erscheinungen, welche der K
Fieber zeigte, waren wohl als Begleit- und Folgeerscheinungen
aufzufassen (gastrische Erscheinungen usw.). Der Fall, für uns hier
in anderer Hinsicht von Interesse, insofern an ihm zwei Jahre vor
nahme hierselbst eine operative Behandlung der Epilepsie versucht wa
unehelich geborener Potator, dessen Leben sich abspielte auf der La
im Hospital und zum Teil auch im Gefängnis: XVIII. Fritz B., 1865
im März 1901 aufgenommen und im August 1901 ungeheilt entlas
wichen). Der von frühester Kindheit ab nach eigener Aussage an h

[1]) Folgende Nummern enthalten nach dem Leichenjournal de
die betreffenden Fälle: Nr. 11, 1902; Nr. 29, 1902; Nr. 31, 1904; Nr.

hen Anfällen leidende Patient machte über einen, in der linksseitigen
egend in der Region der Zentralwindungen gelegenen und etwa 5 cm
messer betragenden Schädeldefekt die Angabe, daß er aus Gründen
lepsie in Stralsund einer Operation unterworfen sei — eine Angabe,
urch eingezogene Erkundigungen mit folgendem Bericht eine Be-
erfuhr: dem laut Stralsunder Krankenjournals wegen eines im
nen Anfall erworbenen Knochenbruchs den 2. Juli 1899 in Behandlung
nen B. ward aus Anlaß der Epilepsie der Vorschlag einer Trepanation
auf welchen Vorschlag der Kranke einging; die Trepanation ward
ugust 1899 ausgeführt, der Befund war nach Spaltung der Dura
chtem Ödem der Pia ein negativer nach dem Vermerk des Journals;
Entlassungstermin aus dem Hospital (am 23. September 1899) wurden
eichte", aber „verhältnismäßig seltene" Anfälle beobachtet (der erste
st trepanationem erfolgte am achten Tage nach derselben).

l inkonstanter als der epileptische Anfall, über dessen
ben im moribunden Stadium sich vielleicht an dem ungleich
n anderweitigen Material beispielsweise von Epileptiker-
n eine durch ziffernmäßige Belege mehr gesicherte Be-
g erbringen ließe, gestaltete sich in den Fällen noch nicht
nder epileptischer Demenz in ihren höchsten Graden das
e Bild des geistigen Zustands in den Zeiten, wo die Auf-
n nahe Aussicht gerückt war. Zum Teil hielt die periodische
mung, die Morosität und das unwirsche Wesen nicht nur
Tode unvermindert an, sondern gipfelte gerade an den
stärkst gestörten Allgemeinbefindens und der höchst ge-
n Temperatursteigerungen in den unzweideutigsten Aus-
einer abweisenden und drohenden Haltung; zum Teil
dieselbe vorübergehend unterbrochen durch ein der ärzt-
Behandlung zugänglicheres Wesen; zum Teil stellte sich
em Tode eine andauerndere psychische Zustandsänderung
scheinbarer Wendung ad melius unter der Einwirkung
llgemeinen antemortalen Euphorie, wie z. B. in dem
VII.

er sämtlichen übrigen Schwerkranken nicht epileptischen
en Sterben unter meiner Beobachtung vor sich gegangen,
psychische Verhalten in den präagonalen Stadien bis
wenige, weiter unten noch zu erwähnende Ausnahmen
solches, daß man hätte von einer erwähnenswerten

Digitized by Google

Krankheiten war die Regel ein Verharren im alten Zusta
nicht sogleich darin etwa eine Verschlechterung zu e
wenn häufiger der Wahn an dem körperlichen Leiden
fuhr für eine Weiterverarbeitung im Sinne alter Ideen
und den alten Faden weiter spinnt; dazu pflegt er auf d
Instrumente dieselbe einförmige Melodie zu spielen, nur
lauter und eindringlicher, wenn der Affekt sich rührt,
gestimmter, wenn die Fäden sich verwirren und in U
geraten oder vielmehr die aus den Fäden zusammen
Saiten, um in dem gewählten Bilde zu bleiben. In den f
Fällen, wo hingegen unter einer desolaten körperlichen
eine wiederkehrende Klärung resp. ein Ablegen der v
typischen psychischen Krankheitszeichen in gewissen Gre
deutlich hervortrat, handelte es sich um Katatoniker von
nicht zu altem Datum des Krankheitsbeginns, welche
plötzlich unter den besagten Umständen und bei drohend
das bekannte Bild änderten.

XIX. Minna B., 1884 geb., Juli 1900 aufgenommen, typische
mit Stupor, ferner mit Negativismus, Maniriertheit in Sprache und
mit Stereotypien usw. Im Januar 1902 beginnende Lungenerschein
Fieber (höchste gemessene Temp. 39,5), in deren weiterem Ve
Patientin plötzlich (im Februar 1902) geordneter wird, regelmäßig
gemäß antwortet und dasselbe gleichmäßige und zugängliche Benel
bis zur Agone mit folgendem Tode an Lungentuberkulose (im Oktober 1
(Nr. 34 des Leichenjournals der Anstalt Sachsenberg pro 1902.)

XX. Katharina M., 1870 geb., 1901 aufgenommen, April 19
schöpfung verstorben (Nr. 13 des Leichenjournals). Katatonie m
Abstinenz und stark negativistischem Verhalten; in den letzten vierz
bei fortschreitendem körperlichen Verfall plötzlich zugänglicher werd
tan Nahrung nehmend und geordnet auf Ansprechen reagierend. E
letzten Tagen zunehmende Benommenheit mit mussitierenden Delirien
ausgesprochenen beiderseitigen Lähmungserscheinungen der äußer
muskulatur und Fiebersteigerung vorübergehender Art (38,6°) weich
vor dem Tode wiederum einem lichteren Bewußtseinszustande, wo
den Vorgängen in ihrer Umgebung ein gewisses Verständnis entg

XXI. Ernst G., 1874 geb., im Mai 1901 in die Anstalt aufg
Stupor usw., energischer und konsequenter Nahrungsverweigerer.
ante mortem bei schon hochgradigem körperlichen Verfall mit su
Temperaturen (35,0°) plötzliche Änderung des ganzen psychisch
und lebhafteste Äußerungen wiedererwachender Lebenslust und des

Erkenntnis dessen, was ihm in Kürze bevorsteht, als der Exitus abwendbar erschien (Nr. 13 pro 1901; Todesursache: Erschöpfung). rfolgte nach einer leichten Temperaturerhebung innerhalb der letzten anzig Stunden (38,1°).

. Wilhelmine E., 38 Jahre alt, Nr. 13 des Leichenjournals pro 1905; nen Juni 1902, Katatonie. Gegen das durch eine Meningitis cere- ex Decubit. veranlaßte Lebensende hin, bei hohen Temperatur- n (bis 40,2°), gibt die Patientin plötzlich ihren hartnäckigen Nega- uf, antwortet geordnet, kommt Aufforderungen nach und erleichtert entgegenkommendes Benehmen die ärztliche Behandlung. Noch vor dem Todestage trotz leichter Benommenheit, bei zunehmender und einer kompletten, rasch entstandenen rechtsseitigen Abduzenz- Auskunft gebend über ihr subjektives Befinden und zugleich lebhaft , im Gefühle des herannahenden Endes, daß die noch lebenden, ten Eltern keine Stütze mehr an ihr finden würden. Beim Unver- rwerden der Sprache erhellt noch ein teilweises Verständnis der ür die Gegenwart des Arztes aus dem angedeuteten Geberden- und el.

se verschwindend kleine Anzahl von Fällen in der Total- aller Todesbeobachtungen, bei welcher Minderzahl unter n Teil recht langsam vor sich gehenden Versagen der hen Funktionen, zum Teil unter rapider verlaufender ung des Körpers und des Kräftezustands ein psychisches noch zu guter Letzt statthatte, dürfte nach den von onnenen und hier zur Mitteilung kommenden Eindrücken gneter klinischer Beitrag dafür erscheinen, daß körperlich und sterbenskranke Geistesgestörte, ob nun der Tod un- bevorsteht oder nicht, je nach dem individuell ver- gradigen Restbestande an psychischer Leistungsfähigkeit Gebieten psychischen Lebens in sinnfälligere Aktion zu ermögen und zwar in einer den Ausdruck einer entschie- Besserung" verdienenden Weise: ein vorher nicht ver- es Verlangen nach dem vermißten Familienanschluß im Interesse und im Interesse der Familie selbst wird mit icht bloß die Signatur des Oberflächlichen tragenden teiligung vorgebracht, dem plötzlich mächtig werdenden haltungstrieb werden seitens des vorher in Stummheit nden Kranken beredte Worte[1]) verliehen usw., und an sich

Digitized by Google

gesündere, die Fesseln psychischer Hemmung mit einem
abstreifende Motivierungen des Vorgebrachten werden un
deutungsvoller, je mehr die Rücksicht auf andere ein tr
Moment bildet. Aber eine solche Wendung zum Besseren
schon gesagt, selbst da ein seltenes Ereignis, wo nach
herigen klinischen Status der kranken Psyche doch etw
an psychischer Produktivität nach der einen oder andern

---

nahm nicht nur im letzten Stadium spontan etwas flüssige Nahrung
erklärte sich auch, als ihm die Entkräftung und Inanition kaum
Anstrengung zu sprechen erlaubten, bereit dazu, die Anwendung al
an sich wiederholen zu lassen, was er vorher so sehr erschwert h
kutane Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung und Näh
Beiläufig erwähnt rate ich dringend, abhold jeglicher Zwangsfütt
gar zu leicht trotz aller angewandten Vorsicht verderbliche Fol
kann, bei jedem totalen Nahrungsverweigerer frühzeitig — scho
des ersten, spätestens aber am zweiten Abstinenztage — mit Näh
zu beginnen. Werden Zwangsmaßregeln erforderlich, einem Geis
auf künstlichem Wege ein zwar für die Dauer nicht ausreichendes,
temporär als noch genügend zur Abwendung des Ärgsten anzuseh
wenigstens teilweisen Ersatz des Körperverbrauchs lieferndes Qu
Nahrung zuzuführen, so gebe ich dem Klysma als dem mildest
lichsten und am leichtesten ausführbaren Mittel unter allen Gewal
Nahrungszufuhr entschieden den Vorzug. Hierzu benutze ich mi
eine anderweitig mehrfach empfohlene Lösung von Kochsalz (1%
(10%) und Pepton. sicc. (5%), und zwar werden davon 120 bis
destens fünfmal täglich verabfolgt, nach Applizierung eines einmaligen
lichen Reinigungsklystiers. Nur dann fällt jedes Mal das Nährkl
wenn es durch unablässiges Anbieten gelungen ist, den Kranke
nahme von einzelnen Portionen zunächst am leichtesten zu nehm
siger Nahrung und Anregungsmittel zu bewegen (Milch, Kakao, Ro
glasweise genommen). Die Einverleibung des Klystiers kann w
beim renitentesten durch künstliches, anhaltenderes Zusammenpresse
erzwungen werden, und scheint der genannte Klystierinhalt in der
Form nicht minder das Durstgefühl und den Appetit anzuregen, w
Darm aus zur Aufsaugung gelangt ist, als die subkutan injizie
lösungen. Die durch Klystiere erreichbare Nutzbarmachung von
Substanzen ist allerdings leider vor der Hand immer noch eine
würdige, und es wäre eine dankbare Aufgabe, Eiweißpräparate a
machen, welche mit Sicherheit in größeren Quantitäten vom Dic
zur Resorption zu bringen wären. Die Hauptsache ist jedenfalls b
empfohlenen Ernährungsmethode per Klysma, mit deren Anwendun

artet werden dürfte, und wenn wirklich vorhanden, hafte
Ganzes genommen doch noch genug des Krankhaften und
ommenen an. Und auch, falls zugestandenermaßen die
nisse nicht gleichbedeutend sind, ob der Patient in schwerer
cher Krankheit in das Vorstadium eines sicheren Exitus
oder ob nicht, wo beispielsweise wider alles Erwarten
hließlich eine körperliche Besserung oder gar Genesung
so sind doch nach meinen Beobachtungen die Besserungen
chischem Gebiete anläßlich der körperlichen Erkrankung
eitgehend, daß man von einem Zustande sprechen könnte,
er Genesung der Psyche einigermaßen gleich käme. Ich
zwar nicht behaupten, daß eine Gesundung aus den ge-
Anlässen gänzlich ins Bereich der Fabel zu verweisen sei,
aber nach meinen persönlichen Anschauungen gegen eine
timistische Auffassungsweise entschiedene Verwahrung ein-
nd mir erscheint zur Vermeidung von Täuschungen ein
ritisches Vorgehen in der Einschätzung der Kausalität von
chen zu psychischen Krankheitszuständen bei unserm so
geringen Wissen über die ursächlichen Wechselbeziehungen
iner körperlicher Verhältnisse zu den Psychosen um so an-
ter, als überhaupt der Grund und Boden, auf dem sich
lerne Psychiatrie aufbaut, abgesehen von der Symptom-
, in jeder andern Hinsicht, in anatomischer, ätiologischer,
gischer usw., ein noch viel zu schwankender und wenig
ter ist. Auf Grund der Arbeiten *Kraepelins* und seiner
scheinen sich jedoch, obwohl bezeichnenderweise für die
haftigkeit unseres positiven Wissens wir noch weit entfernt
n einer Einigung der Autoren insgesamt selbst in den
arsten Fragen der klinischen Psychiatrie, unter allgemeinerer
nung der Fachmänner im wesentlichen zwei größere Grup-
sogenannten funktionellen Psychosen nach gemeinsamen
n Gesichtspunkten zusammenfassen zu lassen, für welche
erlichkeit der Erscheinungen einzelner, event. differenter
dsbilder“ weniger maßgebend ist als vielmehr die inner-
us der fortlaufenden Beobachtung sich ergebende und das
ch unterschiedliche Wesen der Psychose ausmachende Zu-

Digitized by Google

periodischen Krankheitsformen katexochen, *Kraepelins* m
depressives Irresein, scheint unter den hier zu Lande in
ärztliche Beobachtung gelangenden Psychosen seltener v
zu sein, wie statistische Zusammenstellungen hierorts im V
zu denen ferner abliegender Gebiete Deutschlands, spezie
Deutschlands, ergeben, und wie mich auch mündliche Ausei
setzungen eines befreundeten, vielgewanderten Kollegen (
Schulze) belehrt haben. Ich hege die sich auf die Wü
der Eigentümlichkeiten des hiesigen Volkscharakters im
meinen stützende Vermutung, daß dem stabilen Charak
Niederdeutschen und speziell des Mecklenburgers (sächsische
wenn er das Unglück hat, psychisch zu erkranken, die Ka
als zweite der beiden Hauptgruppen — natürlich im gro
ganzen genommen und von den recht häufigen soge
periodischen Erregungszuständen katatonischer Art abgese
gewissermaßen näher liegt als die mehr weniger wec
Exaltation des Manisch-Depressiven. Darin liegt nicht e
Nachteil der Rasse meiner Landsleute, auch wenn wir wo
bestimmten Grad von Schwerfälligkeit ohne weiteres ge
dem leichter beweglichen, aber auch leichtlebigeren We
Süddeutschen zugestehen müssen; es scheint im Gegentei
Umstand mehr zu sprechen für eine in geistiger wie in
licher Beziehung weniger degenerierte Bevölkerung. Sei d
ihm wolle, — sorgfältige und genauere statistische Erhe
von sachkundiger Seite, welche alle Faktoren einer vergleic
Ethnologie, speziell einer vergleichenden Psychologie und
Psychiatrie (*Kraepelin*), zu berücksichtigen hätten, dürften
hin wünschenswert erscheinen, mehr Licht zu bringen
psychischen Morbiditätsverhältnisse speziellster Art unt
Völkern der Erde[1]) — die Zahl der reinen „Periodiker“

[1]) Von Detailkenntnissen über die fraglichen Beziehungen sche
noch weit entfernt zu sein, auch wenn wir zunächst nur die Stamm
Rassenangehörigkeit in unserem politischen Vaterlande in Betracht zie
n einzelnen Teilen aus einer überwiegend nichtdeutschen Bevölke
steht. Sogar in unserm engsten Heimatlande, Mecklenburg, sind n
einzelt (in den Elbdistrikten) nicht zu übersehende Reste anzutreffe

Digitized by Google

selben anstaltsbedürftig erschienen, vorübergehend und zum
n dauernd, unter den Prozentsätzen der einzelnen Psychosen
eine so geringe, daß ich unter der Gesamtsumme der in
alt zurzeit internierten Geisteskranken nicht mehr als 10
en vermag (6 Männer und 4 Frauen) d. h. kaum 2%
staltsmaterials. Demgemäß konnten einschlägige Beob-
en darüber, inwiefern Kranke dieser Gruppe psychischer-
ter der interkurrenten Einwirkung körperlicher Krankheits-
reagierten, nur sehr selten gemacht werden; das wenige,
hierüber feststellen konnte, hat mich allerdings in der
ung bestärkt, daß die Periodischen zu den Zeiten des
" in ihrem äußeren Verhalten wohl in etwas bestimmt
ihrem Bewegungsdrange eingedämmt werden unter dem
ines voraussichtlich mit Tod endenden allgemeinen Siech-
ualitativ aber trotz des fortschreitenden Verfalls der Körper-
ur wenig tangiert werden und ihren Anfall in den wesent-
gleichtypischen Zügen wiederholen. Gerade jetzt waren
in der Lage, uns davon zu überzeugen, wie ein Manisch-
ver auf generativer Grundlage in „photographischer Treue"
einer häufigen periodischen Zustände von neuem in allen
eiten durchmachte bis auf die körperlichen Extravaganzen
Art, an denen ihn wohl die allgemeine hochgradigere
ion hindern mochte, mit welcher das eigene Rühmen
refflichen Gesundheit und seiner hervorragenden körper-
und geistigen Kräfte in auffälligster Weise kontrastierte
III. Albert H., 1837 geb., im Januar 1902 zum siebenten Male in die
ufgenommen, zeigte im Sommer 1905 eine im wesentlichen von der
nicht abweichende manische Periode trotz stärkeren körperlichen
blasses kachektisches Aussehen, Ödeme usw. infolge von Nephritis
Cystitis, Prostatahypertrophie, Ischuria paradoxa), der höchsten
gende Veranlassung wurde, den Kranken nicht völlig die extremsten
er motorischen Unruhe erreichen zu lassen. Das Verhalten de
war wenig charakteristisch, jedenfalls waren dieselben nicht erweiter
diesbezüglichen Bemerkungen über wechselnde Pupillenweiten be
anken in der Wiener klin. Rundschau). Zu unserer aller Verwunde

nzen Körperbau auf eine rein bewahrte slawische Abstammung hin
während alles übrige — Sprache, Sitten, Gebräuche usw. — woh

ziehen zu wollen, geht natürlich nicht an, da erstere [illegible]
wie so eingetreten wäre.

Ist endgültig der agonale Sopor mit folgendem tiefen
ngetreten, alsdann ist ein Hinüberdämmern in den Todesm
nein ohne eigentliche Unterbrechungen der vorhandenen Be
insstörung die Regel. Ein Wiedererwachen aus dem prämo
por scheint selten zu sein und ist, wenn vorkommend
vollkommener und flüchtiger Art. Ein Stunden anhal
bhafterwerden bis zu dem Punkte, daß seitens der Kr
ch stimmlich, wenn auch unverständlich, oder auch nur
gedeutete Gesten eine Beantwortung gestellter Fragen ve
ard oder je nach dem noch bestehenden Vorrat von körper
räften sonstwie eine Notiznahme an der Gegenwart des
kundet ward, habe ich in dem im strikten Sinne als mo
ltenden Stadium nur einmal gesehen in der sehr lang
sponnenen Agone einer sehr hinfälligen alten Frau:

XXIV. Louise B., 80 Jahre alt, paranoïde Demenz (Nr. 9 des L
rnals der Anstalt pro 1905). Eigentliche Agone 72 Stunden daue
edererwachender und den Sopor unterbrechender psychischer Rea
higkeit innerhalb der mittleren 24 Stunden unter Andeutung des
nommenen durch leichtes Kopfnicken, Lid- und Handbewegunge
rechversuche bei schon tonlos gewordener Stimme. In den vorherge
iten bezeichnete die Kranke, durch bronchitische und teilweise von
wegungen begleitete Beschwerden geplagt, sich mit Recht als „sehr s
d krank", ohne aber dieselben zu ihren im übrigen unveränderten
en in Beziehungen zu setzen,

Das zwischenläufige psychische Aufflackern im Laufe
zweideutig agonalen Stadiums ist jedoch kein eigentlich
oment und kehrt nicht in dem Maße wieder, daß man
Ecstasis morientis" der älteren Autoren zu bezeichnen
hmen könnte. Letztere entspricht wohl nie, mag sie auch
wirkungsvoll sein auf die den Sterbenden umgebenden Per
d zumal Angehörigen unter nur geringen Äußerungen ein

Digitized by Google

henen Klärung, ganz dem, was in der Bezeichnung gelegen
dürfte einer objektiveren Prüfung übertrieben erscheinen
der von dem ergreifenden Eindruck des Vorganges allzu-
angen ist.

e eventuell schon in relativ früher Zeit vor Todeseintritt
nde Euphorie, welche nicht einer besonderen medika-
n, auf Euthanasie abzielenden Unterstützung zu verdanken
bei geisteskranken Personen nichts Charakteristisches;
höchstens im einzelnen Falle eine ihr eigentümliche, sich
psychischen Krankheitsbilde ergebende Beimischung er-
kann beispielsweise bedingt sein durch die allgemeine
timmung eines Manischen, wenn zufällig das ungünstig
Sende Leiden in eine manische Periode fällt. Bei para-
Zuständen scheint eine vorkommende Euphorie dem
n nach ein Verblassen der Produktion alles Wahnhaften
ge zu haben, sie scheint aber nie etwa ihrerseits, soweit
rteilen vermag, die Folge zu sein einer Induktion durch
te Verdeutung.

derartige wenig charakteristische Euphorie, wo das subjektive
nden" keinerlei wahnhafte Motivierung erfuhr, wie mancherlei kleine
len in früheren Zeiten, bot ein Patient der Anstalt schon drei
nte mortem und bis zum Tode andauernd, welcher mit lächelndem
daliegend sich beschwerdefrei zu fühlen angab trotz der denkbar
sten körperlichen Verhältnisse (Ödeme, Cyanose, Orthopnoe usw.):
lhelm H., Paranoia, Todesursache: Vitium Cordis, Nephritis granu-
29 des Jahrgangs 1904). In den letzten drei Wochen leicht be-
antwortet vorbei, sieht den Arzt von einem Hunde begleitet (wie
tsächlich im Garten), rühmt seine Nachtruhe usw.

körperlich ähnlichen Fällen verhielt sich bei anderen
das psychische Gebahren hinwiederum auch ganz anders;
n wurden mürrischer und verdrießlicher bei Verschlechte-
des körperlichen Zustands, ohne aber im wesentlichen
u werden, wenngleich eine vorübergehende, irgend eine
it betreffende, aber nicht allgemeinere Aufklärung wohl
wieder vorhanden war.

s dem vorhergehend Mitgeteilten erhellt, daß die Ausbeute
was bei schwer- und totkranken geistesgestörten Personen

lich gesunden Zeiten, doch nur eine sehr geringe ist.
Menschen im allgemeinen beim körperlichen Absterben
nach der Todesart sich psychisch verschiedenartig gerieren
jedoch ihre psychischen Äußerungen sich natürlicherwe
nehmlich in dem Rahmen bewegen, in dem sie überhaup
gedacht und gefühlt haben, solange noch ein irgendwi
neter psychischer Vorgang möglich ist, so dürfte das glei
im großen und ganzen auch beim sterbenden Geisteskra
treffen; bei der verschiedenen Gestaltung des agonalen
in körperlicher und seelischer Hinsicht aus Anlaß der
ist der frühere, mehr weniger rege Geisteszustand eines
kranken für sein psychisches Verhalten im Sterben von
Bedeutung wie beim vorher geistig gesunden Mensche
einer durchgreifenden Umwandlung der psychischen Persö
des Geisteskranken kann nie und nimmer die Rede sein
aber nicht zu leugnen, daß zuweilen ein Geisteskranker
letzten Zeiten unter der Vorahnung des Todes, wie unter
einer schweren Körpererkrankung, in wesentlichem Gra
gestimmt werden kann in nicht näher zu definierende
ungesetzmäßig, unregelmäßig, kurz individuell ganz vers
artig, was dem beobachtenden und vergleichenden Arzte
zutage tretenden Erscheinungen zwar nicht entgehen kann
dem ursächlichen Zusammenhange nach sich unserer Be
entzieht. Dadurch, daß manches zu schwinden scheint, wa
ausschließlich den Geisteskranken psychisch eingenomm
wofür anderes, längst vergessen geglaubtes an die Ste
oder dadurch, daß ein vereinzelter Kranker noch einma
erwarteter Weise vor dem Tode psychisch aufzuleben beg
das, was ihn bewegt, zum Ausdruck bringt, kann gel
ein dem Anschein nach von dem psychischen Vorleben v
weichendes und mit ihm kontrastierendes Verhalten am
schlusse in die Erscheinung treten, was jedoch, gleichwi
auffälligere individuelle Färbungen, nichts daran ände
daß eine etwa für die Vorstadien des Todes typische
pathologie nicht existiert. Sie ordnet sich nach Maßg
Totalsumme der vorhandenen psychischen Kräfte unte

Abweichungen, möglicherweise ungetrübt dem vorherige
schen Zustandsbilde, den Vorgängen der „Physiologie de
im weitesten Sinne ein, bis die darin sich allgütig er
de Natur allem psychischen Geschehen ein Ende bereite
sie in der Regel die subtilsten und zu den höchststehende
gen befähigten nervösen Elemente durch irreparable körper
Störungen schon Stunden vor dem Todesaugenblick auße
on setzt und damit glücklicherweise den Übergang vor
zum Tode erleichtert.

nsere Aufgabe müßte es ferner sein, allem interkurren
schen, sei es was es sein möge — das angeborene ode
heren Zeiten erworbene Somatische mit vorübergehende
leibenden Folgen gehört nicht an diese Stelle als verwer
die hier gestellten Fragen, höchstens von seltenen Fälle
nen, wo eine bleibende körperliche Anomalie später inte
end auf die Psyche einwirken könnte — im Verlaufe eine
ildeten fertigen Psychose unsere Aufmerksamkeit zuzu
gerade in seiner Rückwirkung auf das psychische Ver
des Geisteskranken. Das letztgenannte Somatische inte
an sich von unserm Standpunkt aus wohl weniger
erständlich schließt diese Interesselosigkeit aber nicht au
as anvertrauten und von körperlichen Leiden betroffene
en in jeder Beziehung eine sachliche Behandlung zute
zu lassen, und ich halte es unter diesem Gesichtspunkt
teilhaft, wenn der eine oder andere von uns Anstaltsärzte
ründliche spezialistische Ausbildung in irgend einem Fach
esamten klinischen Medizin neben seiner psychiatrische
n hat. Wichtiger jedoch erscheint mir, dem körperlic
en Kranken gleichfalls auf psychischem Wege zu Hilfe z
en und ihm vermöge der Autorität seines ärztlichen Berate
Helfers den Glauben an ein Besserwerden beizubringen
r uns in unserer therapeutischen Resignation zum Teil wol
len gekommen ist, oder im Falle des Sterbens wie fr
liche so auch für psychische Euthanasie Sorge zu trage
dort, wo es angängig erscheint.

Digitized by Google

ntmündigung wegen partieller Geistesstör

Von

Dr. **Hermann Kornfeld,** Geh. Med.-Rat, Gerichtsarzt, Gleiwitz.

Das nachfolgende Urteil des Oberlandgerichts zu B. ist
halb von Interesse, als es auf Grund des Gutachtens des
sers und des Medizinalkollegiums (Ref. *Wernicke*) die pa
istesstörung anerkennt. Abgesehen hiervon soll es eine
gemeiner Natur zur Diskussion bringen helfen: die nach
rechtigung, Geisteskrankheit mit Gehirnkrankheit zu i
eren.[1]) Wie Verfasser verschiedenenorts behauptet hat, i
fahrene Kriminalist in einer Reihe von Fällen ebenso, mit
gar besser, qualifiziert zu unterscheiden, ob jemand irre,
nulant, ob er Verbrecher ist. Die Begutachtung des part
ahns, unter welchen namentlich auch oft der Querulanten
hört, bewegt sich — soweit Verfassers Kenntnis anderer
hten und seine eigenen Erfahrungen ein Urteil erlaube
n auf psychischem Gebiet. Als Beispiel soll auch die vorlie
rung dienen, die Verfasser in einem eingehenden Guta
f Grund eines überaus großen Aktenmaterials zu beguta
chte. Für den angegebenen Zweck soll die Mitteilung der
richtlichen Entscheidung genügen.

Urteil des Oberlandesgerichts zu B.

Entscheidungsgründe.

Nach dem Ergebnis der persönlichen Vernehmungen der Klägeri
Grund der Gutachten der Sachverständigen ist zwar mit dem

Digitized by Google

1) Cf. *Kronthal:* Metaphysik in der Medizin. S. Fischer 1905.

eherrscht war, zurückgetreten und bei ihr jetzt nicht mehr erkennba
n sind, aber als geistig normal ist Klägerin nicht zu bezeichnen.
s dem vorgetragenen Inhalt der Grundakten . . ist zunächst fes
daß der von dem Pfleger B. im Jahre 1892 erfolgte Verkauf ihre
an dem Grundstücke . . vollkommen ordnungsmäßig und rechtsgülti
st. Aus den Angaben der Klägerin bei ihren persönlichen gerich
ernehmungen in den Verhandlungen vom . . (in I. Instanz) und .
nstanz) geht hervor, daß sie nach wie vor von der Vorstellung be
wird, sie sei noch Besitzerin des Grundstücks, der Kauf sei ungültig
hre Einwilligung zu dem Verkauf nicht gegeben habe. Für jede Be
dahin, daß der Verkauf ordnungsmäßig und rechtsgültig erfolgt se
sich nunmehr in die Verhältnisse fügen müsse, erweist sie sich un
ch; sie hält mit Zähigkeit an dem Gedanken fest, daß sie Eigen
des Grundstückes sei, und erklärt, daß sie gegen M., den jetzige
ner des Grundstücks, klagen wolle und müsse, weil sie ihren Te
ben wolle; daß sie fähig sei, zu prozessieren und keinen Vormun
auche; ergoß sich dabei auch immer in den gröbsten Ausfällen un
ungen gegen ihre Vormünder, gegen den früheren Pfleger B. un
en genannten M. Während sie bei ihrer ersten gerichtlichen Ver
; im wesentlichen noch zugegeben hat, daß sie früher geisteskran
wäre, will sie bei ihrer zweiten gerichtlichen Vernehmung von eine
Geisteskrankheit nichts mehr wissen, gibt vielmehr an, daß sie i
enanstalten Tost nnd Rybnik nur gewesen wäre, „um Bäder z
und Atteste zu bringen, daß sie gesund wäre". Der Sachverstän
. *Kornfeld*, ist in seinem ersten Gutachten vom 7. März 1903 au
bbiger, die Klägerin beherrschenden falschen Vorstellungen zu der
gelangt, daß Klägerin noch mit einer partiellen Geistesstörung behafte
ne dabei ausgesprochene Ansicht, daß diese geistige Störung abe
rart sei, daß eine allgemeine geistige Erkrankung als vorhanden an
werden müsse, hat er nunmehr fallen lassen. Er hat nach erneute
chung und Beobachtung der Klägerin gefunden, einerseits, daß di
chtliche Eigentümerin des Grundstücks zu sein, bei ihr in letzter Ze
weiteren Verwirrung ihrer Auffassung bezüglich aller einschlägige
isse geführt hat, andererseits, daß ihre Krankheitseinsicht jetzt gege
etrübter ist. Indem er seiner Ansicht nochmals dahin Ausdruck gib
gerin bei sonst nicht ungenügenden Geisteskräften an einer un
nen Wahnvorstellung leide und außerdem früher zeitweise an akute
gszuständen gelitten habe, deren Wiederkehr nicht ausgeschlossen se
erdem nunmehr als weiter festgestellt ansieht, daß auch eine gewiss
Abschwächung bei der Klägerin vorhanden, infolgedessen sie ihr
geistigen Störungen richtig zu beurteilen außerstande wäre, hä
m der Kranken den Rest ihres Vermögens zu erhalten, eventuell s
indern, sogar den Ertrag ihres Auszuges oder ihrer Arbeit m

gehoben werde.

Das Medizinalkollegium . ., welches in seinem Gutachten vo
1903 sich bereits dahin ausgesprochen hatte, daß die obengedacht
Vorstellung als eine Wahnidee bezeichnet werden müsse, die, wenn
fachwissenschaftlichen Sinne als partielle Geistesstörung zu bezeich
eine Umwandlung der ganzen geistigen Persönlichkeit der Klägerin
so daß diese ganz allgemein und nicht bloß für einen bestimm
von Verrichtungen handlungsunfähig wäre, hat dem Nachtragsgutac
Dr. *Kornfeld* zugestimmt.

Auf Grund des Resultates der persönlichen Vernehmung der
in Verbindung mit dem Gutachten der Sachverständigen sieht das L
gericht auch als erwiesen an, daß die geistige Erkrankung der Kläg
fortbesteht. Es hält indessen in Anlehnung an die Sachverständ
besondere in Anlehnung an das Gutachten des Medizinalkollegi
2. April 1903, dessen Schlußsatz wörtlich lautet: „Bei der relativ wohle
formalen Denktüchtigkeit und geistigen Energie der G. wird sie in
als geisteskrank, sondern nur als geistesschwach im Sinne des Ge
erachten sein", den geistigen Defekt der Klägerin in Anbetracht
verschiedenen Wahnideen, die seinerzeit den Grund zur Entmündigu
haben, nicht mehr erkennbar sind, daß Klägerin nachweisbar zurze
einer Wahnidee beherrscht wird, daß sich im übrigen aber ihr Geist
derart gebessert hat, daß sie, was früher nicht der Fall gewesen,
ihr Hauswesen und ihre Kinder kümmert, ihre Wirtschaft auch
Stande hält, nunmehr nur für derart beschaffen, daß Klägerin nicl
Kind gänzlich geschäftsunfähig, sondern nach Art eines Minderjäh
das siebente Lebensjahr vollendet hat, nur in beschränkter Weise
fähig erscheint, mit anderen Worten, daß Klägerin nicht an Geiste
im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches, sondern an der leichteren
Anomalie, an Geistesschwäche, leidet. Immerhin ist aber die Geistes
und das wollte das Medizinalkollegium, wie aus dem Schlußs
Gutachtens hervorgeht, auch nur sagen, wenn es die Klägerin
allgemein handlungsunfähig bezeichnet, derart, daß Klägerin inf
alle ihre Angelegenheiten in vernünftiger Weise nicht zu besorge
Sie würde, wenn die Entmündigung aufgehoben würde, behuf
erlangung des Grundstückes sofort aussichtslose Prozesse teils g
jetzigen Besitzer M., teils gegen ihren früheren Pfleger B. anstre
würde ferner mit dem Strafgesetz in Konflikt kommen, da zu erw
daß sie ihre Ausfälle und Beschimpfungen gegen die Vormünder
mehr denn je fortsetzen würde; sie würde sich vielleicht auch gew
den Besitz des Grundstückes setzen wollen und sich sogar zu Tä
gegen M. hinreißen lassen; sie würde den Gemeindevorsteher,
vorsteher mit Eingaben belästigen und diese, sowie ihre Nachbarn u
Dorfbewohner, die ihr bei ihrem vermeintlichen Recht nicht zu Wil

rin. Ihr Vermögen würde durch die fortwährenden Prozesse und daß sie infolge dieser Prozesse sich nicht genügend um ihre Wirtnmern, diese vernachlässigen würde, gefährdet und nach und nach werden. Klägerin würde sich aber auch in einer fortwährenden und seelischen Erregtheit befinden und dadurch ihren ohnedies en Geisteszustand auf das Höchste gefährden.

nach ist anzunehmen, daß die freie Willensbestimmung der Klägerin vorhandene Wahnidee in einer solchen Weise beeinträchtigt ist, rin in erheblichem Maße an der Besorgung aller ihrer Angelegenährdet würde. Die Entmündigung selbst muß daher aufrecht eriben; wohl aber ist mit Rücksicht auf den Unterschied, der in der Geschäftsfähigkeit zwischen einem wegen Geisteskrankheit und wäche Entmündigten besteht (Cfr. §§ 104 ff. Bürgerlichen Gesetzem Eventualantrage der Klägerin stattzugeben und auszusprechen, Entmündigung nur wegen Geistesschwäche bestehen bleibt. (VerG.B. Bd. 50 D. 203 ff.) — Da insonderheit auch die Berufung von vesen, ist hinsichtlich der Kosten § 92 Z.P.O. angewendet und demie geschehen, erkannt worden.

———

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Verein

88. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu Br am 2. Dezember 1905.

Anwesend sind die Herren *Adelt*-Lüben, *Bonhöffer*-, *Chotzen O. Förster*-, *C. S. Freund*-, *Fuchs*-, *Hahn*-, *Hauschild*-Breslau, *H* Bunzlau, *Jacobi*-Breslau, *Kleudgen*-Obernigk, *Köbisch*-, *Kramer*-, *Kutner*-Breslau, *Lehmann*-Brieg, *Mertz*-Branitz, *Müller*-Breslau, *Neisser Nicolauer*-, *Pawel*-Breslau, *Peickert*-Görlitz, *Przewodnik*-Lublinitz, Breslau, *Rother*-Tost, *H. Sachs*-, *Schröder*-Breslau, *Schütze*-K *von Schuckmann*-, *Seemann*-Rybnik, *Wartmann*-Breslau.

Der Vorsitzende Herr *Bonhöffer*: Meine Herren. Ehe wir in unser schaftliche Tagesordnung eintreten, möchte ich Sie bitten daran zu daß unser Verein seit dem letzten Zusammensein schwere Verlust hat. Unsere beiden Ehrenmitglieder *Karl Wernicke* und *Heinrich L* gestorben.

Als wir heute vor einem Jahr hier in dieser Versammlung zum Ehrenmitglied ernannten in dankbarer Erinnerung an die reich schaftliche Förderung, die der Verein in den langen Jahren seiner schaft durch ihn gehabt hat, und in dem Wunsche, ihn durch diese E auch noch weiter mit uns zu verbinden, da hatte niemand gedacht, Arbeitskraft, die noch mitten im Schaffen stand, von deren Origin großem klinischen Blicke die Wissenschaft noch vieles erwartete, in Monaten durch ein tragisches Geschick vernichtet sein würde.

Heinrich Laehr ist am natürlichen Ende eines langen erf Lebens gestorben.

Es ist für uns eine eigenartige Empfindung, wenn uns der he das Andenken dieser beiden Männer gleichzeitig vor Augen führt. doch gewissermaßen jeder für sich die Verkörperung der beiden u zusammensetzenden Grundrichtungen.

Wernicke auf der einen Seite, dem die Wissenschaft, die th Erfassung des Wesens der Geisteskrankheiten, das Bemühen, diese al Gehirnfunktion zu verstehen, Ziel und einzige Lebensaufgabe bis zu Augenblicke war. Seinem nach vorwärts und den eigenen Wegen zug

Digitized by Google

n wenig. *Lachr* auf der anderen, dem wir die Geschichte unseres danken, und dessen ganzes Leben der Krankenbehandlung und den n Fragen der Irrenfürsorge in anerkannter Selbstlosigkeit und mit ten Erfolge gewidmet war.

e haben in ihrer gegenseitigen Beurteilung im Leben oft vor allem rennende gesehen. Für uns ist es leicht, in beiden das Gemeinsame ner Größe zu erblicken. Beide waren klar ausgesprochene Persön- erfüllt von einer nie ermüdenden Hingabe an das ihnen vor- le Lebensziel. Jeder in seiner Art und Bedeutung wird von uns essen werden,

dritter Verlust hat uns mit dem Tode eines jungen Kollegen, des *Weissinger* in Tost, betroffen. Er ist einer Knochentuberkulose, der Überlastung des Anstaltsdienstes nicht die nötige Pflege widmen legen.

O. Förster-Breslau demonstriert einen Fall von hysterischer ngsstörung im Bereiche des linken Augenlides.

frühere Stahlarbeiter S. verunglückte vor fünf Jahren dadurch, daß tahlsplitter ins linke Auge fuhr. Eine Verletzung des Auges fand t. Er stand damals lange in augenärztlicher Behandlung wegen htscheu und einer funktionellen Amblyopie des linken Auges. Er re Zeit einen Okklusivverband. Nach Ablegen desselben konnte er as linke Auge nicht mehr öffnen.

enwärtig bietet er folgende Störung. Das linke Auge steht dauernd n, man sieht die Lider linkerseits in kurzen Zwischenräumen noch Schlußbewegungen ausführen, wobei das rechte Auge jedesmal itzwinkert. Die linke Augenbraue ist verzogen. Sie verläuft nicht echte in hohem Bogen, sondern bildet nur einen flachen Bogen, Beres Ende tiefer steht als das innere. Die rechte Stirnhälfte zeigt Horizontalfurchen, während diese linkerseits verstrichen sind. Da- die linke Nasolabialfalte tiefer gefurcht als die rechte.

ucht man passiv das linke Auge zu öffnen, indem man die Lider erzieht, so stößt man auf einen erheblichen Widerstand seitens des s oculi. Je stärker man zu öffnen sucht, um so mehr wächst dieser d, und als Ausdruck der vermehrten Gegenaktion der linken Lid- ist es anzusehen, daß sich auch das rechte Auge mit schließt. n die Lidöffnung zu ertrotzen, so gerät der Kranke am ganzen starkes Zittern, alle Muskeln spannen sich an, die Konjunktiven sich stark, das linke Auge tränt stark, der Puls beschleunigt sich, Kranke gerät ins Taumeln.

ert man den Kranken auf das linke Auge aktiv zu öffnen, so ist ewert, daß tatsächlich den Öffnern ein kräftiger Impuls zugeht, die elt sich linkerseits stark, die linke Augenbraue wird emporgezogen,

Lidöffnung nicht zustande, weil sich gleichzeitig die Lidschließer anspannen und in dem Maße, als die Lidöffner sich kontrahieren, Öffnung widersetzen und das Lid nur noch fester schließen. Auf der Anstrengung treten ganz dieselben Erscheinungen wie beim passiv das Auge zu öffnen auf, fast alle Muskeln des Körpers spa an, es entsteht lebhaftes Zittern, Tränenfluß, Pulsbeschleunigung; zu des Auges kommt es aber nicht.

Sucht man, während der Kranke aktiv das Auge zu öffnen be ihn passiv zu unterstützen, so ist die Gegenspannung der Lidsch eine um so größere, das rechte Auge schließt sich nun auch m dem Kampfe zwischen Lidöffnern und Lidschließern behalten letztere die Oberhand.

Der Kranke bietet außerdem noch folgende Erscheinungen besteht starke konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes, lin Gesichtsfeld gar nicht zu prüfen. Ferner besteht Druckempfindlic N. infra- und supraorbitalis links; ferner eine starke Abschwäc willkürlichen Dorsalflexion und Plantarflexion des Fußes beiders Störungen der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln und ohne dieser Bewegungen beim Gange. Achilles- und Patellareflexe no beiden Beinen totale Anästhesie und Analgesie bis zum Knie aufw schneidet die Sensibilitätsstörung scharf ab.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß es sich um eine hysterische A handelt. Den Hauptwert lege ich bei meiner Demonstration auf die B störung am Augenlide, welche durch folgende Punkte charakteris erstens durch die dauernde Veränderung der Ruhelage der Lid einer Dauerspannung der Lidschließer, zweitens durch starke Gegena der Lidschließer beim Versuche, das Auge passiv zu öffnen, un drittens dadurch, daß beim Versuche, das Auge aktiv zu öffnen, starken Innervation der Agonisten d. i. der Lidöffner eine übermäß Innervation der Antagonisten d. i. der Lidschließer erfolgt.

Dieses Verhalten ist für eine bestimmte Gruppe von Bewegungs bei der Hysterie geradezu charakteristisch. In diese Gruppe g pseudospastische Parese *Fürstners* und gehört die spastisc der hysterischen Hemiplegie und Monoplegie — die schl ist entschieden erheblich seltener. — Vortragender hat in diesem einem Jahre einen Kranken mit spastischer hysterischer Hemiplegie de und die genannten Hauptkennzeichen der Bewegungsstörung herv Die Veränderung der Ruhelage der Glieder bestand am Bein nu leichten Innenrotation — dieselbe bestand auch in vier anderen be Fällen spastischer hysterischer Hemiplegie; am Arm stand der Obe adduziert, der Vorderarm stark gebeugt, die Hand proniert in ge längerung des Vorderarms, die Finger waren im Metakarpophalan fast rechtwinklig gebeugt, in den Interphalangealgelenken nur s

Veränderung der Ruhelage an der ob. Extr. bestand in den vier
Fällen hysterischer Hemiplegie und zwei weiteren Fällen von hyste-
pastischer Monoplegia brachii, welche Vortragender beobachtet hat.
weites Merkmal der Bewegungsstörung bestand eine Erschwerung
ven Bewegungen; jede einzelne Muskelgruppe setzt dem Versuche
ven Dehnung ganz beträchtlichen Widerstand entgegen, und dieser
e Widerstand ist über alle Muskelgruppen gleichmäßig verteilt
n zwei entgegengesetzt wirkenden Gruppen wie den Dorsalflexoren
tarflexoren des Fußes, den Beugern und Streckern des Knies, den
en und Adduktoren des Oberschenkels, den Extensoren und Flexoren
er, den Extensoren und Flexoren der Hand, den Supinatoren und
n des Vorderarms usw. usw. annähernd gleich entwickelt. In dieser
Verteilung des Widerstandes bei passiven Bewegungen liegt ein
differential-diagnostisches Merkmal gegenüber der organisch bedingten
ie. Drittens ist nun charakteristisch, daß bei dem Versuche, aktive
gen auszuführen, die Agonisten einen Impuls erhalten und sich auch
n, daß aber gleichzeitig die Antagonisten stark mitinnerviert und
nt werden, wovon man sich durch Palpation leicht überzeugen kann.
ese abnorme Mitinnervation der Antagonisten kommt der intendierte
gszustand entweder gar nicht zustande, oder aber die Bewegung
ur langsam und abgesetzt und ist durch fortwährende kleine Ex
im Sinne der Antagonisten unterbrochen; gleichzeitig werden der
noch andere weiter entlegene Muskelgruppen mit angespannt, es
elegentlich zu starken Zitterbewegungen des ganzen Körpers. Be
l für die hysterische Hemiplegie ist auch hier wieder, daß diese
Mitinnervation der Antagonisten bei jeder einzelnen Bewegung au
plegischen Seite, also z. B. bei der Dorsal- und Plantarflexion der
n gleichem Maße auftritt, die Bewegungsbeschränkung betrifft zwei
entgegengerichtete Bewegungen immer in derselben Weise, während
nische Hemiplegie bekanntlich die Dorsalflexion lähmt, die Plantar
ei läßt usw.

den spastischen hysterischen Bewegungsstörungen gehört zweifellos
häufige von *Wernicke* besonders hervorgehobene Störung der Atmung
nannte Phrenicusinsufficienz. Diese besteht darin, daß zwar die
ren sich anspannen, die Rippen heben sich auch ganz ausgiebig, die
nuskeln, der Sternocleidomastoideus, die oberste Portion des Tra
w. spannen sich sogar stark an. Mit den Inspiratoren spannen sich
Antagonisten d. i. die Bauchmuskeln abnorm an, dieselben ziehen
en Rippen abwärts, und statt daß das Epigastrium sich vorwölbt, wie
ormalen Einatmung, senkt sich dasselbe im Gegenteil stark ein infolge
en Gegenwirkung der Bauchmuskeln, von deren Spannung man sich
durch Palpation überzeugen kann. Ob überhaupt eine mangelnde
ng des Zwerchfells mitspielt, ist meines Erachtens noch nicht erwiesen

vergesellschaftet mit einer ausgesprochenen Hyperästhesie der t
der affizierten Glieder. Bereits Druck auf die Muskeln, beson
Dehnung derselben und ihrer Sehnen, wie sie bei jeder passiven u
Bewegung stattfinden, sind für den Kranken äußerst schmerzl
Bestehen dieser tiefen Hyperästhesie ist von großer Wichtigkeit,
licherweise die Bewegungsstörung aus ihr wenigstens zum Teil abz
Diese letztere nämlich kommt im wesentlichen hinaus auf eine k
Fixation der Glieder in der Stellung, welche sie einnehmen bezw. l
die geringste Spontanschmerzhaftigkeit vorhanden ist — die Abwe
Glieder von der Normalstellung entspricht zum Teil derjenigen, w
chronischen schmerzhaften Gelenk-Muskelrheumatismus eingenomme
und daß sich die Muskeln jedem Versuche die Stellung zu ändern
starken Schmerzen verknüpft sein würde, widersetzen. Für diese
der spastischen Bewegungsstörung aus einer Hyperästhesie bringt
Erachtens auch der heutige Fall einen Beleg. In ihm bestel
und bestand von Anfang an bedeutende Lichtscheu. Die H
störung läßt sich im vorliegenden Falle als Reaktion auf diese Lich
eine Art Schutzmaßregel gegen sie auffassen.

Damit ist nun aber nicht gesagt, daß die spastische Bewegu
ganz allein als eine Art normaler Reaktion auf die gesteigerte Emp
anzusehen ist, sondern es kommt zu dieser letzteren sicher noch e
Moment hinzu, welches bedingt, daß der hysterische Kranke auf die
Hyperästhesie doch wesentlich anders reagiert als ein sonst Ge
derselben Hyperästhesie der tiefen Teile oder derselben Lichtsch
würde es zu weit führen, dieses Moment hier näher zu beleu
handelt sich meines Erachtens um den Fortfall eines normaliter v
Hemmungsmechanismus.

Diskussion: Herr *C. S. Freund*, *Sachs*, *Bonhöffer*.

Herr *Förster* (Schlußwort): Die Anfrage von Herrn Professo
möchte ich dahin beantworten, daß ich natürlich nicht der Meinun
sämtliche Bewegungsstörungen bei der Hysterie durch das von mir de
Verhalten charakterisiert würden, sondern es gibt zweifellos auch
anders geartete Motilitätsstörungen (schlaffe Lähmungen, schlaffe He
Andererseits kommt auch das demonstrierte Verhalten bei ga
Affektionen als bei Hysterie vor, bei den akinetischen Zuständen d
kranken, zum Teil auch bei den Pyramidenbahnerkrankungen, bei de
agitans; und sicherlich bietet, äußerlich betrachtet, unser Kranker a
wesentlichen Unterschied von jemandem, der sich absichtlich
das Lid, während er sich dazu anstrengt, doch nicht zu öffnen.
schied zwischen dem letzteren und dem hysterischen liegt in der
auf rein subjektivem Gebiete. Bei ersterem entspricht die Mitinne
Lidschließer einer willkürlichen ad hoc vorhandenen Intention, beim
entsteht sie ganz unwillkürlich, er kämpft mit seinem Willen

beim Gesunden die starke Irradiation der Impulse auf alle mög-fernten Muskelgruppen und die Zitterbewegungen fehlen, welche erischen so auffallend hervortreten.

Kramer - Breslau: Hämatomyelie nach Schädeltrauma. ren. Der Patient, den ich mir Ihnen vorzustellen erlaube, hat am es Jahres einen schweren Unfall erlitten. Er wurde mit dem Kopf einen Eisenbahnwagen und eine Wand derart eingeklemmt, daß er Fortschieben des Wagens aus seiner schlimmen Lage, in der er 2—3 Minuten befunden hatte, befreit werden konnte. Er war ußtlos, blutete stark aus Ohr, Mund und Nase. Er kam bald ins e Brüderkloster, woselbst ein Schädelbruch und ein linksseitiger rbruch konstatiert wurde. Nachdem er von dort am 5. August ent-rden war, kam er in Behandlung unserer Poliklinik; seitdem ist nd unverändert derselbe gewesen, wie er ihn auch heute noch s, was an dem Patienten zuerst auffällt, ist die vollständige links-cialislähmung. Die elektrische Untersuchung ergibt komplette Ent-ktion. Ferner ist Patient auf dem linken Ohre vollkommen taub, trägt diese Taubheit den Charakter der zentralen Hörstörung, doch ßerdem noch eine Trommelfellruptur. Ferner leidet Patient an bei Augenschluß findet erhebliches Schwanken statt. Der Geschmack linken Zungenhälfte aufgehoben, die linke Gaumensegelhälfte hängt unter und wird geringer innerviert als die rechte. Alle diese lassen sich zwanglos durch eine Basisfraktur erklären und zwar n Sprung, der durch das Felsenbein geht und dort den Facialis ikus lädiert. In der Tat ergibt die Röntgenuntersuchung auch die Anzeichen einer Basisfraktur, außerdem aber finden sich noch swirbelsäule leichte Veränderungen, die darauf hinweisen, daß auch ktionen an einzelnen Gelenkfortsätzen stattgefunden haben. Es n nun bei dem Patienten noch eine Anzahl Symptome, die sich weiteres durch die Basisfraktur erklären lassen. Es besteht eine Stimmbandlähmung, ferner besteht eine Lähmung des linken mit Entartungsreaktion, und außerdem findet sich eine Sensibilitäts-elche beiderseits in der oberen Hälfte der Brust, etwa in Höhe der ope, (links etwas tiefer als rechts) beginnt, sich vorn und seitlich Trigeminusgrenze erstreckt, hinten jedoch kontinuierlich über den an die Stirn reicht. Außerdem findet sich beiderseits eine fleck-ung im Gebiete des zweiten Trigeminusastes unterhalb des Auges. ibilitätsstörung besteht nur für Schmerz- und Temperaturempfindung. rungsempfindung ist intakt. Zu erwähnen ist noch, daß an dem terkieferast sich der von der Fraktur herrührende Kallus noch ie, daß die linksseitige Supraclavikulargrube sowie die Halswirbel-Druck schmerzhaft sind.

ihrer Verbreitung der 1. bis 4. Cervikalwurzel und einem Teil des
entspricht, weisen mit Sicherheit auf eine Mitbeteiligung der Cerv
hin, und zwar liegen hier zwei Möglichkeiten vor. Entweder sind
bei ihrem Austritte aus der Wirbelsäule direkt geschädigt, oder
sich um eine intraspinale Affektion. Ich möchte nun die letztere
für die durchaus wahrscheinlichere halten. Denn einmal sind di
veränderungen an der Halwirbelsäule durchaus nicht hochgradig
eine so starke Läsion fast aller sensiblen Halswurzeln beider Seiten
ferner wäre es auch auffallend, daß bei einer so starken Läsion d
Wurzeln die motorischen verhältnismäßig so wenig beteiligt sind.
sind auch die Schmerzen für eine Wurzelläsion zu gering. Fü
spinale Natur der Affektion spricht dagegen einmal die Doppelse
sensiblen Störung, ferner die Dissoziation, außerdem das Übergrei
Trigeminus; die hier zu konstatierenden Grenzen entprechen dur
was wir bei Affektionen der spinalen Quintuswurzel, so z. B. bei d
myelie, finden. Auch erklärt sich durch die Annahme eines intra
Herdes die Stimmbandlähmung zwanglos, da der Nucleus ambiguus
zusammen mit der spinalen Quintuswurzel betroffen werden kan
erklärt sich die Cucullarislähmung, da sich der Rekurrenskern
unmittelbar an den Nucleus ambiguus anschließt. Wir hätten a
anzunehmen eine langgestreckte röhrenförmige Blutung, die si
beiderseitigen Hinterhörnern vom vierten Cervikalsegment bis hi
unteren Gegenden des spinalen Quintusursprunges erstreckt. Auf
Seite greift die Blutung auf den Rekurrenskern und den Nucleu
über. — Meine Herren, derartige röhrenförmige Blutungen sind ja
säulenverletzungen, auch wenn dieselben zu keinen schwereren Ver
der Wirbelsäule geführt haben, nicht selten beobachtet worden,
aber dann meist in tieferen Teilen des Rückenmarks und zwa
unteren Teile des Halsmarks, oder im Lendenmark und Conus te
In dem oberen Halsmark mit Übergreifen auf die Medulla oblonga
verhältnismäßig recht selten und stellen auch, wenn sie eine etw
Ausdehnung annehmen, in dieser Gegend eine außerordentlich gr
gefahr dar. — Zum Schluß möchte ich noch kurz darauf hinweis
Symptombild, wie wir es hier vor uns haben, außerordentliche
besitzt mit der Syringomyelie, wenn dieselbe sich in den gleiche
abspielt, und ich erlaube mir, Ihnen die Sensibilitätsschemata von
von Syringobulbie zu demonstieren, die in ihrer Verbreitung auße
Ähnlichkeit mit unserem Falle zeigen. In beiden Fällen besteht a
bandlähmung.

Herr *O. Förster*-Breslau: Zur Kasuistik und Deutung
netischen Symptomenkomplexes.

(Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.)

Diskussion: Herren *Neisser*, *Bonhöffer*, *Förster*.

inkenden Epileptikern kommen auch, aber selten, die typischen hosen vor, zumeist sind sie modifiziert durch mehr oder weniger e Beimengung epileptischer Symptome. Die dadurch entstehenden Mischformen werden kurz skizziert. Sie schließen sich meist an Anfälle an, können aber auch ohne solche in der gleichen Form es kommen somit in sonst typischen Alkoholpsychosen vereinzelte de Symptome vor, die der degenerativen Grundlage entspringen, stehen ganz atypische Formen akuter Psychosen bei schweren n. Auch ohne vorangegangene Anfälle kann man solche vielleicht gegebenen Kombination erklären, da der Alkohol, der so häufig e epileptische Anlage erst manifest macht, dabei ebenso wie die h psychische Symptome der Epilepsie hervorrufen kann. Insnach langjährigem Alkoholismus und häufigen Erkrankungen sieht n mitgeteiltes Beispiel zeigt, an Stelle der anfangs typischen Alkoholmmer mehr atypische Formen treten.

icht können nun Alkoholerkrankungen auch den epileptischen hrufen, wie ja postepileptisch eine Verbindung des Stupors mit holdelirium nicht selten ist. Es werden Beispiele alkoholistischer en mit motorischen Symptomen mitgeteilt, bei denen nach dem bitus und dem Verlauf diese Annahme wahrscheinlicher ist, als reinen Alkoholerkrankung, bei der das Vorkommen solcher Symptome noch durchaus fraglich ist. Bei den pathologischen inden der Epileptiker und Traumatiker dagegen findet man auch sche Formen, selbst von protrahierterem Verlauf.

Vortrag wird mit Krankengeschichten im Zentralblatt für Nervenund Psychiatrie veröffentlicht werden.)

ussion: Herr *O. Förster*: Der Herr Vortragende hat Zweifel hen, ob man berechtigt ist von einem Stupor alcoholicus zu reden, s in meinem Vortrage (der akinetische Symptomenkomplex) getan. bemerken, daß ich diesen Ausdruck so verstanden habe, daß bei rischen chronischen Potator, der bis dahin geistig immer gesund unter dem Einflusse ganz besonders starker Alkoholexzesse nach en deliranten Prodromalstadium sich ein Bild typischen Stupors slosigkeit, Negativismus und Katalepsie entwickelt hat, welches anhielt und dann unter langsamer Aufhellung des Bewußtseins lang und total heilte, ohne den geringsten Defekt zu hinterlassen. allerdings nicht, ob mein Kranker später noch einmal Epileptiker auch nicht, ob andere Krankheiten, deren Ausdruck der abgelaufene nd sein könnte, sich später entwickeln werden. So lange aber doch die Bezeichnungsweise Stupor alcoholicus aufrecht halten,

Digitized by Google

heilte.

Herr *Kutner*-Breslau: Schwierigkeiten in der Diff
diagnose zirkumskripter und diffuser organischer
erkrankungen.

Bei drei Fällen, bei denen in vivo neben allgemeinen
erscheinungen ganz bekannte Lokalsymptome bestanden und
Diagnose Tumor bezw. Abszeß gestellt wurde, ergab die Sek
diffusen Hirnprozeß. In dem ersten Falle hatte ein akuter en
Hydrocephalus einen Abszeß des linken Stirnhirns vorgetäusch
zweiten eine genuine Epilepsie einen Tumor bezw. eine Zyste in d
motorischen Rindenzone; in dem dritten eine *Lissauer*sche atypisch
ebenfalls einen Tumor in der rechten motorischen Rindenregion.

Der Vortragende geht auf die Ursachen der Fehldiagnosen näh
warnt besonders vor Überschätzung einiger als charakteristisch a
Lokalsymptome.

(Der Vortrag erscheint in der medizinischen Klinik.)

Diskussion: Herr *O. Förster*: Ich möchte den Vortragend
ob er daran gedacht hat, in dem Falle 2 seiner Demonstration die li
epileptischen Anfälle auf die bei der Sektion gefundene Affektion
Kleinhirnhemisphäre zu beziehen. Es kommen nämlich bei
erkrankungen, besonders bei den atrophischen Sklerosen des Cere
nicht selten typische epileptische Anfälle vor, welche bei einseit
in der der erkrankten Kleinhirnhemisphäre gleichseitigen Körper
ginnen und im wesentlichen auf sie beschränkt bleiben.

Herr *Kutner*: Ob der Ausgangspunkt des pathologischen Pr
dem zweiten Falle in dem linken Kleinhirn zu suchen ist, oder ob
phie eine sekundäre ist, muß bis zum Abschluß der mikroskopisch
suchung des Gehirns unentschieden bleiben. Jedenfalls zeigt aber
makroskopische Bild (diffuse Verwachsungen der Pia), daß auch da
diffus und zwar rechts mehr wie links affiziert ist.

Herr *Chotzen*: An die von Herrn *F.* angedeutete Möglic
Zusammenhangs haben wir auch gedacht; es sprach für sie deutli
Derbheit der verkleinerten Kleinhirnhälfte. Indessen soll erst die v
mikroskopische Untersuchung für die Entscheidung maßgebend sei

Herr *Bonhöffer*: Ich kann dem Herrn Vortragenden nur darin b
daß man vorsichtig darin sein muß, aus dem Auftreten von h
sogenannten kortikalen Krämpfen auf einen wirklich kortikalen
Affektion zu schließen. Auch das gehäufte Auftreten von *Jakson*sche
das mir früher fast pathognomonisch für einen Rindenherd mei
Charakters (vor allem Oberflächenblutung oder ausgedehntes Här
Dura) galt, hat diese pathognomonische Bedeutung nicht. Es sin

Digitized by Google

en, scheinbar von einem Rindenterritorium zum anderen fortschreiten-
chen Krämpfen im Zusammenhang mit anderen Herderscheinungen
Diagnose eines kortikalen, beziehungsweise in der Nähe des
zenden Herdes veranlaßt hat. Der eine Fall betrifft das eben von
Vortragenden besprochene junge Mädchen. Der kortikale Charakter
e, die daran anschließenden residuären Ausfallserscheinungen, die
der Anfälle im Laufe des Tages waren bei dieser Patientin so
stisch, daß ich zum zweitenmal, als ich nach einem Zwischenraum
Jahren die Patientin, ohne mich ihrer zu erinnern, wiedersah, die-
diagnose auf eine Rindenaffektion stellte und die Operation in der
utierte. Hoffentlich bringt bei diesem Falle die genauere anatomische
ung noch eine Aufklärung, die mir in einem zweiten erinnerlichen
t zuteil wurde. Es handelte sich da um eine ältere Frau, die
h — niemals gehäuft — halbseitige Anfälle zeigte, motorisch
sche Symptome, Hemianopsie, Taststörung und augenärztlich fest-
beginnende Stauungspapillen zeigte. Die Operation unterblieb
weil die Patientin sich weigerte, sich operieren zu lassen. Die
ließ jeden groben Befund vermissen, auch kein Hydrocephalus war
Fall ist dem von *Nonne* veröffentlichten anzureihen. Ein drittes
s Mal fand ich halbseitige Anfälle durch einen starken halbseitigen
tzündlichen (?) Hydrocephalus internus bedingt.

Nicolauer-Breslau: Im Anschluß an die Ausführungen des Vor-
rd über drei Fälle berichtet, bei denen die Diagnose in vita auf
Hirnerkrankung gestellt wurde, während die Sektion das Vor-
n von Tumoren ergab.
ersten Fall handelt es sich um einen 59jährigen Potator strenuus,
hst den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex aufwies, bei dem all-
Herdsymptome, sowohl Reiz- als auch Ausfallserscheinungen, auf-
e auf eine bulbäre Störung hinwiesen, ohne daß die Ursache der-
utlich erkannt werden konnte. Die Sektion ergab in dem Winkel
Pons, Medulla und Kleinhirn rechterseits einen kleinapfelgroßen,
ichen Tumor, der den Hirnstamm nach links hinübergedrängt hatte.
isch erwies sich die Geschwulst als ein teilweise verfettetes Fibrom.
zweiten Fall, der ebenfalls einen an der Grenze des Seniums
Mann betraf, war die Diagnose auf arteriosklerotische Hirn-
g gestellt worden, während die Sektion ergab, daß fast der ganze
läfenlappen von einer zur Klasse der Sarkome gehörenden Ge-
ingenommen war, die sich nach hinten bis in das Occipitalhirn hinein

ritten Fall bot ein 61jähriger Potator, der zuerst mit psychischen
gen (Abnahme der Intelligenz, deliranten Zuständen) erkrankt war,
einer Pseudobulbärparalyse, die auf multiple Läsionen der Groß-

wallnußgroße, gut abgekapselte Tumoren, einer im rechten Stir
beiden anderen links, in der vorderen Zentralwindung resp. im Tha
Zu erwähnen ist, daß der Kranke ein Jahr vorher wegen eines R
sarkoms am Bein operiert war.

Allen drei Fällen gemeinsam war, daß charakteristische
Tumorsymptome so gut wie völlig fehlten.

Die anatomischen Präparate wurden demonstriert.

(Der Vortrag soll demnächst in extenso erscheinen.)

Diskussion: Herr *O. Förster*: Ich möchte zu der vom
tragenden berührten Beziehung von Gleichgewichtsstörungen bei Erk
des Schläfelappens ein kurzes Wort äußern. Diese Gleichgewicht
kommen nicht nur bei Tumoren, sondern — das ist meines Era
wesentliche — auch bei Erweichungen des Schläfelappens vor,
besteht nach meiner Erfahrung die Neigung, nach der der Erkrank
überliegenden Seite zu fallen. Diese Beziehung des Schläfelap
Körpergleichgewicht findet ihren anatomischen Ausdruck in der
des *Türk*schen Bündels, welches als ein motorisches Bündel in
des Schläfelappens entspringt, durch den Hirnschenkelfuß (äußer
verläuft und vorzüglich im pontinen Grau endet; aus dem pontinen
entspringt (gekreuzt) der Brücken-Kleinhirnarm. Auf diese Weise
Schläfelappen mit der gekreuzten Kleinhirnhälfte in Beziehung, we
seits zu der ihr homolateralen Körperhälfte Beziehung hat. Wenn
Schläfelappen einerseits vestibuläre Merkmale zugehen, so überträ
Verwertung derselben mittels des *Türk*schen Bündels und Kle
übrigens auch zum Teil direkt, dem Rückenmark und den Muskeln
Impulse, die zur Gleichgewichtserhaltung dienen.

117. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berli
am 16. Dezember 1905.

Anwesend die Herren: Dr. *Adam*-Herzberge a. G., *Ascher*-Berl
Berlin, *Birnbaum*-Herzberge a. G., *Bratz*-Wuhlgarten, *Bunnemann*-
Max Edel-Charlottenburg, *Eicke*-Herzberge, *Falkenberg*-Herzberge, *
Herzberge, *Fraenkel*-Lankwitz, *Fries*-Nietleben, *Gallus*-Potsdam, *G*
berg a. W., *Goldstein*-Groß-Lichterfelde, *Guttstadt*-Berlin, *Hebold*-W
Hempel-Wuhlgarten a. G., *Henneberg*-Berlin, *Hopf*-Potsdam, *Hoffm*
walde, *Klipstein*-Dalldorf, *Kluge*-Potsdam, *Kron*-Berlin a. G., *H*
Schweizerhof, *Max Levy*-Berlin a. G., *Loewenthal*-Berlin, *Marthen*
a. W., *Matthies*-Dalldorf, *Mittenzweig*-Herzberge, *Möller*-Berlin, *M*
Buchholz, *Munter*-Berlin, *Oliven*-Lankwitz, *Prang*-Landsberg a.

midt-Wuhlgarten, *Schmidt*-Herzberge, *Seeger*-Lübben, *Seelig*-Herz-
larek-Dalldorf, *Spliedt*-Eberswalde, *Vial*-Herzberge a. G., *Viedenz*-
e, *van Vleuten*-Dalldorf, *Veit*-Wuhlgarten a. G.. *Waldschmidt*-
burg, *Wandel*-Herzberge a. G., *Weiler*-Westend, *Werner*-Dalldorf,
rgquell a. G.. *Ziehen*-Berlin, *W. Zinn*-Berlin a. G., *Zinn*-Eberswalde.
Verein sind als Mitglieder beigetreten: Sanitätsrat Dr. *H. Kron*-
l Dr. *Veit* Assistenzarzt-Wuhlgarten.
Vorstandstisch: *Gock, Sander, Ziehen.*
itzender: *Sander.*

n Begrüßung der Anwesenden durch den Vorsitzenden hält Herr
Gedenkrede auf *Heinrich Laehr.*

Meine sehr geehrten Herren Kollegen!

l niemand dürfte unter uns sein, den in die heutige Sitzung des
schen Vereins nicht ein Gefühl von Wehmut und Trauer begleitet
und bleibt doch heute unter uns der Platz leer, auf dem wir von
r unser allverehrtes Mitglied Geheimrat Professor Dr. *Heinrich Laehr*
gewohnt sind. Noch haben wir ihn vor wenigen Monaten in der
en körperlichen Rüstigkeit und geistigen Frische an der Juni-
nseres Vereins teilnehmen sehen, unverändert in Haltung und Blick.
al durften wir ihm in das ehrwürdige Antlitz schauen, in dem die
Weisheit des vielerfahrenen Alten mit der lebendigen Teilnahme
erzen stets Junggebliebenen zu so harmonischem Ausdruck sich
Es sollte das letzte Mal sein. Nach kurzer Krankheit hat am
ein sanfter Tod seinem Leben und Wirken ein Ziel gesetzt. Unser
r Ehrenpräsident und Meister *Heinrich Laehr* ist tot, an durch
enen Hände Fleiß geweihter tannenumschatteter Stätte ruht er aus
selten reichen und arbeitsvollen Leben; seine Werke aber über-
n, und vielfache Frucht trägt die Saat, die er in steter emsiger
edler selbstloser Menschenliebe gesät hat.

rich Laehr war der Begründer unseres psychiatrischen Vereins, sein
gjähriger Vorsitzender, sein allzeit treubereiter Helfer und Förderer.
, der nach Übernahme der Redaktion der Allgemeinen Zeitschrift
atrie im Jahre 1858[1]) allen seinen Fachkollegen voran die Irren-
gemeinsamer Arbeit, zu persönlicher Annäherung und damit zu er-
rksamkeit zum Besten der Geisteskranken und zur Förderung des
s überhaupt zu sammeln sich bemühte. In der Überzeugung,
e er sagte,[2]) „die auf gegenseitige Achtung sich stützende Einheit
s Suchen nach der Wahrheit als den Kampf für die Wahrheit er-
hat *Laehr* als einer der ersten und eifrigsten Wortführer immer

---

llg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 15.
llg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 17 Anhang S. 50.

Digitized by Google

gehens zur Hebung und Förderung der Psychiatrie in Wissen
Praxis. Wohl hatte schon 1842[1]) auf *Damerows* Anregung die „G
von Deutschlands Irrenärzten“ sich gebildet und zu ihrer Haupta
Herausgabe der Zeitschrift für Psychiatrie gemacht. Als selbststä
einigung war sie sonst aber nicht weiter hervorgetreten und
Sitzungen in einer besonderen psychiatrischen Sektion der Nat
versammlung angegliedert. Dadurch erfuhr der speziell psychiatris
und Gewinn dieser Zusammenkünfte eine gewisse Einschränkung,
splitterte sich der persönliche Verkehr und Gedankenaustausch der
nur allzuleicht. *Laehr* erkannte diese Mängel in der Organisation
schaft von Deutschlands Irrenärzten sehr bald und damit gleic
Notwendigkeit sie zu beheben, um der Psychiatrie und den Irren
Einfluß zu sichern, welchen das Interesse unserer Disziplin, unser
und unseres Gemeinwesens verlangt. „Sollen“, so führte er unge
„wir uns der Fortschritte und Früchte unserer Arbeit erfreuen, so
nicht feiern, sondern müssen zur Verständigung über viele Fragen
splitterung der Kräfte vorbeugen. Die Wahrheit muß dabei nich
kannt, sondern auch zur Anerkennung gebracht werden.“ — Wor
uns auch heute noch in die Seele klingen lassen dürfen. — Sein H
Anklang und Gefolgschaft, und so konnte *Laehr* im September
erste selbständige Versammlung deutscher Irrenärzte in Eisenach
Unter dem Vorsitz von *Damerow* und *Martini* bildeten den Gege
Beratungen Fragen über Unterbringung und Erziehung von Idioten
lung der Fürsorge für heilbare und unheilbare gemeingefährlich
kranke, über die vom ärztlichen wie vom finanziellen Standpunkt
rationellste Form von Anstaltsbauten, die Ausarbeitung einer Irrenges
die Einrichtung psychiatrischer Lehrstühle und Kliniken an allen
Universitäten mit der Forderung, daß die Psychiatrie obligatoris
gegenstand werde. So waren die vitalsten Fragen des gesamten I
in diesem Programm enthalten. Neues psychiatrisches Leben w
und gelangte, getragen und genährt von ihrem Berufe und der F
ihre Kranken mit begeisterter Hingabe ergebenen Männern, zu frucht
Entfaltung. Wie mancherlei Fortschritte, wie viele Erfolge hat der V
in seiner langen psychiatrischen Laufbahn seit jener Zeit nicht
und sich ihrer als Mitstreiter und Mitarbeiter erfreuen dürfen?

Laehr wurde zum Sekretär der Versammlung ernannt, und
tritt er uns mit einem seinem Streben und seiner Liebe für se
und seine Wissenschaft sehr charakteristischen feinen Zug seines W
gegen. Er teilt der Versammlung mit, daß die finanzielle Lag

[1]) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 18 S. 799.
[2]) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 27, Supplementheft S. IV, V.
[3]) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 17 Anhang.

n 20 Friedrichsdor für eine die Wissenschaft fördernde Abhandlung
zen.

r mit der Eisenacher Versammlung der Grundstein gelegt, auf den
inigung der deutschen Psychiater sich aufbauen konnte, so dauerte
noch vier Jahre, bis sie verwirklicht, vollendet und geweiht werden
Die Meinungen, ob ein loser Zusammenschluß oder ein fest begrün
f bestimmter Satzung basierter Verein wirksamer und vorzuziehen
en auseinander. *Laehr* nahm eine vermittelnde Stellung ein, er wa
nger und Stürmer, er konnte warten und den Meinungen Zeit zu
lassen in der festen Überzeugung, daß auf die Dauer die große Be
gemeinsamer Arbeit und gemeinsamen Vorgehens durchdringen müsse
emsiger arbeitete er für diese Idee in seiner Zeitschrift, er sorgte
aß diese gemeinsamen Beratungen der Fachgenossen zunächst in
er Form alljährlich sich wiederholten, und machte in der ihm eigenen
n und warmherzigen Berichterstattung über die Versammlungen die
opaganda. Der Erfolg blieb nicht aus, und im September 1864[1]
erte sich zu Frankfurt am Main „der deutsche Verein der Irrenärzte"
hriftführer im Vorstande wie in den Versammlungen wurde satzungs
er jeweilige Redakteur der psychiatrischen Zeitschrift. Damit tra
n den Vorstand des Vereins ein, der später den Namen „Verein
r Irrenärzte" führte und seit 1903 auch auf *Laehrs* Vorschlag
er Verein für Psychiatrie" sich nennt. Über vierzig Jahre hat *Laehr*
ehört und in ihm in der erfolgreichsten Weise gewirkt, er hat in
ersammlung gefehlt, bis seit dem Jahre 1900 ihm Beschwerden des
s Reisen zu den Versammlungen verboten. Ging es ohne das ab
r getreulich zur Stelle, und 1901, als der Verein hier in Berlin seine
rsammlung abhielt, ist *Laehr,* von allen Seiten auf das lebhafteste
zum letzten Male am Vorstandstisch des Vereins der deutschen
e erschienen. Bis an sein Lebensende hat er das geistige Band mit
ein aufrecht erhalten, nie hat er vergessen, seinen Gruß und seine
me den versammelten Kollegen zu vermitteln und zu bekunden
sein Denken und Sinnen sich mit den Interessen und Aufgaben des
allzeit beschäftigte. Zu diesen zählte er, wie damals in jungen Jahren
ch, so auch später die Förderung von Studien durch Stellung von
aben und ähnlichem, und im Verfolg dieses Gedankens überreichte
ner hochherzigen Weise 1903 als Grundstock eines nach seiner An
rzu notwendigen Kapitals von 100 000 M. dem Verein 50 000 M. zu
Verfügung im Sinne des Stifters. Welch bessere Bezeichnung konnte
sche Verein für Psychiatrie diesem Fonds geben als den Namen
tiftung", wenn es auch nicht leicht war, die Zustimmung des ebenso
n als bescheidenen Spenders dazu zu erlangen.

Digitized by Google

war, entsprach es, daß er nie ohne umfassende Vorarbeiten, verbu
genauester Durchsicht der Literatur und vielfältigen Umfragen bei
schlägigen Autoren, mit seinen Mitteilungen und Vorschlägen vor die V
ung trat. Sie betrafen die verschiedensten Gebiete der Irrenfürs
galten vorwiegend der Klärung und Bekämpfung von Vorurteilen g
ein und Irrenanstalten: So hat er, um nur ein Beispiel anzuführ
Gespenst der widerrechtlichen Freiheitsberaubung, daß Nichtgeistesk
den Irrenanstalten, den öffentlichen wie privaten, zurückgehalten
könnten, dadurch am nachdrücklichsten heimgeleuchtet, daß er f
daß auch nicht ein einziger Fall der Art nachgewiesen sei. Un
drungen von der Wahrheit dieses Satzes schloß er im Jahre 1887
kussion über seinen Vortrag mit den Worten[1]): „er sei überzeugt, daß
halben Jahrhundert die Kenntnis der Sachlage so weit vorgeschri
werde, daß man schwer werde begreifen können, warum man fünf
früher die Irrenanstalten nicht in die Reihe der übrigen Krankenhä
gestellt habe." Daß wir schon jetzt so weit sind, daß der Sat
Anstalten sind Krankenanstalten" in der öffentlichen Meinung unums
Anerkennung begegnet, daß er Gemeingut aller geworden ist, des kö
uns auch heute noch nicht ungemischter Freude ergeben. So fest b
bewährt und erprobt die Richtigkeit jenes Satzes auch erscheint, s
doch vor neuen Angriffen auf ihre Berechtigung nicht für immer
Und die Zeichen der Zeit — ich erinnere nur an die Anschauungen
Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken, die schwebenden Fragen
geistig Minderwertigen und ihre Unterbringung, die gelegentliche Ver
von Sicherungs- und Irrenanstalten — geben uns und der nachwa
psychiatrischen Generation allen Anlaß, auf der Wacht zu sein und
Energie dafür einzutreten, daß der Charakter unserer Irrenanst
Krankenanstalten nicht erschüttert und verschoben wird, auf daß di
sage unseres *Laehr* wenigstens in der vorausgesagten Zeitspanne
auch erfüllet werde.

Nachdem so unter *Laehrs* werktätiger Mitwirkung der Verein
schen Irrenärzte sich konsolidiert hatte, stellte sich, wie er selbst
drückte, alsbald das Bedürfnis heraus, die Wirksamkeit des Verei
Bildung von kleineren Lokalverbänden noch weiter zu heben und
vollkommnen; und wiederum war es hier *Laehr*, der bei jeder Ge
dazu anregte und aufforderte. Seiner Initiative dankte im besonde
psychiatrischer Verein zu Berlin sein Entstehen. Es war im Oktob
als gelegentlich einer zufälligen Zusammenkunft einer Anzahl bef
psychiatrischer Kollegen hier in Berlin — die Jahresversammlung
schen Irrenärzte war ebenso wie die Naturforscherversammlung der p

[1]) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 44.
[2]) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 23 S. 598.

Digitized by Google

Lokalvereins beschlossen. Nach einer nochmaligen Vorberatung in
67 konstituierte sich dann am 15. Juni 1867[1]) der psychiatrisch
n Berlin. *Laehr* wurde zum Vorsitzenden gewählt und ist es geblieben
n Jahre 1899 infolge beginnender Schwerhörigkeit die Leitung de
abgab. Mit unermüdlicher Tatkraft war er von Anfang an bestrebt
und Ziele des Vereins zu pflegen, zu beleben und zu fördern. Nu
r die Schar der Mitglieder, und es war zuzeiten nicht leicht, de
ebensfähig zu erhalten. *Laehr*s hervorragende Begabung als Vor
, sein Geschick, seine zähe Willenskraft, sein eiserner Fleiß führte
in sicher über alle Klippen hinweg. Immer war er mit anregenden
en Vorträgen und interessanten Mitteilungen zur Stelle, seine außer
he Arbeitskraft versagte nie, wiederholt hielt er mehrere Vorträge i
zung. Sein Beispiel und Vorbild verfehlte seine Wirkung nicht, sei
en und sein Interesse, das er jedem Mitgliede, insonderheit der heran
den psychiatrischen Jugend in seiner eigenen fein gewinnenden Weis
brachte, mehrte die Zahl der Mitarbeiter. So konnte er zu seine
len Verein immer mehr wachsen und gedeihen sehen. Immer größe
ie Zahl derer, die der Zugehörigkeit zu dem Verein und der Teil
n seinen Sitzungen Anregung, Belehrung und Förderung, erneut
udigkeit und Erfrischung dankten. Und wußte *Laehr* über einund
ahre hindurch meisterhaft für die Arbeiten in der Sitzung zu sorgen
nd er ebenso trefflich den persönlichen Verkehr und die freundschaft
näherung der Kollegen nach getaner Arbeit beim „Sitzen" zu fördern
ncher unter den Mitgliedern des Vereins darf sich auch da selte
Stunden erinnern!

rchdrungen von der großen volkswirtschaftlichen Bedeutung der Psy
für den einzelnen wie für die Allgemeinheit war ihm das Streben
heilkunde den ihrer Bedeutung entsprechenden Platz an der Sonn
ken und zu sichern, alles. Dafür hat er sein ganzes Leben lang ge
d gearbeitet.

eins der wirksamsten Mittel hierfür hat er von jeher die Ver
g und Ausdehnung der Irrenfürsorge über das ganze Land hin durch
ng zahlreicher Irrenanstalten angesehen, um so möglichst viel
en zu schaffen, von denen die Lymphe der Aufklärung in das Ver
des Publikums eindringen könnte. Um so freudiger ist er dann
erzeit dem Rufe gefolgt, an der Einrichtung solcher Anstalten mi
Tat mitzuhelfen. Und in welch hohem Grade er dazu befähigt war
welch rührender Fürsorge für seine Kranken und einem seiner Zei
usschauenden Blick seine Vorschläge und Entwürfe durchwirkt waren
eugen heute noch hier in nächster Nähe die Landesirrenanstalt z
de, die Anstalten für Schwachsinnige und Epileptische zu Potsdam

Digitized by Google

nd Owinsk. Wie ihm alles, was nur irgend zur Förderung des Irre
ienen konnte, am Herzen lag, so brachte er auch der Gründung v
ereinen zur Unterstützung Geisteskranker lebhaftes und werktätiges
ntgegen, und mit seiner besonderen Unterstützung[1]) ist im Jahre
Brandenburgische Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde von sei
as Irrenwesen der Provinz Brandenburg insbesondere verdienten
Zinn ins Leben gerufen worden. *Zinn* war auf *Laehrs* Empfehlung
tützt auf eine seltene Personen- und Menschenkenntnis schon früh in
rischen Personalfragen hoch bewertet war, in die Provinz Bra
ekommen, und bald sind beide Männer in der Liebe und der Arbeit
Beruf nahe Freunde geworden. Und so verschieden diese beiden
ie wir so oft hier in unserem Verein Seite an Seite gesehen, nac
ebensgang und in ihrer Persönlichkeit auch waren, ein gemeinsa
hres Wesens hatte sie sich schon in ihrer ersten psychiatrischen
ahegebracht, das war die freimütige, warmherzige Art, mit der sie
tehende Mißstände in der Irrenpflege öffentlich hinwiesen und
orschlugen. So hat *Laehr* 1853 ein „Offenes Sendschreiben über di
ärtige Umgestaltung der hiesigen Irrenpflege" an den Magistrat
einderat von Berlin gerichtet und stellte *Zinn* 1863 dem großen
ürich eine Denkschrift zu „Über die öffentliche Irrenpflege im
ürich und die Notwendigkeit ihrer Reform". Jeder der beiden Män
reund persönlichen Streites, haben sie um der Sache willen, um ih
rwogenen und tief begründeten Überzeugung Bahn zu brechen, um
egen abzulenken, auch den Kampf nicht gescheut und siegreic
eführt. Beide Rufer im Streit, wann und wo es sein mußte, ha
eder in seiner Art, außerordentliches weit über ihren engeren Be
inaus geleistet und sind so unserm Verein allzeit eine besonder
ewesen. Und rufe ich hier in unserem Verein die Manen diese
länner, so fügt im Geist von selbst ein dritter sich zu und tritt de
reunden zur Seite, unser unvergeßlicher *Jolly* mit seiner überaus gl
armonischen Persönlichkeit, seinem feinen sonnigen Wesen, seinen
urchdringenden Verstande und seiner sicheren zu Herzen gehende
amkeit. Was war in diesen drei Männern, die der Verein so lange
ie seinen nennen durfte, nicht an Arbeit und Erfahrung, an Wis
orschen, an Kampf und Erfolg, an Fortschritten der Psychiatrie in
chaft und Praxis, was vor allem nicht an selbstloser Hingabe
pferung an und für ihren Beruf verkörpert? Ja, ist es zu viel ges
enn es uns gelingt, den Geist dieser drei Männer in unseren Reihe
u pflegen und zu hegen und der nachwachsenden psychiatrischen Ge
ortdauernd zu vererben, daß es dann allzeit gut um die Irrenheilku
nseren Beruf und unsere Kranken bestellt sein wird?

[1]) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 30 S. 50 u. S. 335.

Digitized by Google

ngen. Mehr als vierzigmal hat er hier im Verein in längeren Vor-
nd Mitteilungen in seiner gemessenen, klaren und eindrucksvollen
uns gesprochen. Und es gibt wohl kaum einen Teil der praktischen
unde, den er nicht zum Gegenstand seines Interesses gemacht, an
nicht treibend und helfend mitgewirkt hätte. Einer seiner letzten
behandelte „Die Errichtung von Heilstätten für minderbemittelte
anke".[1]) Aus der Erfahrung heraus, daß gerade auch unter den
mittelten eine große Anzahl von Kranken sich befand, welche zu
esung zwar keiner Irrenanstalt, aber doch der Anstaltsbehandlung
, hatten bereits *Benda*, *Krafft-Ebing* und später vor allem *Moebius*
ngewiesen, daß für diese Art Kranke, welche es galt vor dem Verlust
itsunfähigkeit und dem Übergang in Geistesstörung zu bewahren,
gesorgt sei. *Laehr* half mit der Tat. Seinem hilfsbereiten Beispiel
sich andere an, und so konnte alsbald die Anstalt „Haus Schönow"
deutsche Anstalt für minderbemittelte Nervenkranke in einer dank
eigebiger Unterstützung außergewöhnlich hohen Vollendung der An-
d Einrichtungen ins Leben treten. Und es konnte kaum eine größere
lem Achtzigjährigen werden, als der Erfolg dieser Anstalt unter
eines für diese Aufgabe besonders eingehend vorbereiteten jüngsten

ermüdlich folgte *Laehr* dem großen Gebiete der Psychiatrie auf allen
gen, und so verstand es sich gleichsam von selbst, daß er der Be-
gegen den Alkoholmißbrauch, die so häufige Ursache geistiger Er-
, sein Interesse entgegenbrachte. Er gehörte dem Vorstand des
reins Berlin gegen den Mißbrauch geistiger Getränke an und hatte
terheilanstalt Waldfrieden bei Fürstenwalde mitbegründen und aus
lfen. Noch 1902[2]) hat er hier im Verein den Jahresbericht dieser
nit erläuternden und empfehlenden Worten begleitet und der Hoffnung
verliehen, daß sich auch diese Anstalt nach dem Vorbild der Anstalten
nisch-Kranke bald eines ärztlichen Direktors erfreuen möge.
Begründung einer Stiftung, deren Zweck *Laehr* bestimmen sollte
n der Verein seinerzeit 1000 M überreicht. *Laehr*, der uns in diesem
Hause das Gastrecht erwirkt hatte, verwendete diese Summe dazu
astrecht abzulösen und dem Verein hier eine bleibende Stätte zu
So hat unser Verein dem Verstorbenen nach jeder Richtung hin
entliches zu danken, er hat in *Laehr* mit sein treuestes Mitglied
Mit ihm ist der besten einer dahingegangen, ein Mann und Psy
aus einem Guß, durch Gaben des Geistes und des Gemütes gleich
chnet für seinen Beruf. So ragt seine hohe Gestalt aus der Mitte
en Jahrhunderts, aus der Zeit der Erhebung der deutschen Psychiatrie

[1]) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 55 S. 97.
[2]) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 59.

Digitized by Google

Jacobi, *Nasse*, *Roller*, *Flemming*, *Jessen*, *Damerow* und anderen m
eren Leben und Streben das deutsche Irrenwesen sich gründet. Z
m 10. März 1820 geboren, absolvierte *Laehr* seine medizinischen St
Berlin und Halle. Als man hier daran ging,[1]) die in enger Straße d
Halle befindliche Irrenanstalt, in welcher *Reil* und *Nasse* gewirkt ha
andschaftlich hervorragender Stelle, die dem angehenden Arzt und
Freunden auf ihren Spaziergängen als Erholungsstätte lieb geword
on neuem erstehen zu lassen, wurde in ihm der Gedanke, sich der Ps
u widmen, lebendig. Und an derselben Stelle, an der er so oft mit
Freund und Kollegen *Hausleutner* über die rätselhaften psychischen V
n Gehirn gesprochen hatte, gaben sich die beiden jungen Freund
Abends das Versprechen, an dieser Stätte, wenn sie erst durch den E
Heilanstalt geheiligt wäre, Belehrung zu suchen und, wenn mögl
Assistenten einzutreten. So kam *Laehr* dazu — wie er uns selbst
– Psychiater zu werden. Und bezeichnend ist es, wie die beiden
hren Entschluß verwirklichten. In der Erkenntnis, daß ohne ge
Kenntnisse der Störungen aller körperlichen Organe die der psy
Funktionen schwierig sein müsse, beschlossen sie, die nächsten fü
ach dem Staatsexamen für ihre weitere medizinische Ausbildung
venden und sich nicht mit Psychiatrie zu beschäftigen. Erst so vo
laubten sie sich an die Psychiatrie und an die Psychosen heranw
ürfen, die ihnen als „die Krönung" des ärztlichen Wissens erschie
iesem Entschlusse"[2]), so schreibt *Laehr*, „habe ich meinerseits str
ehalten und Assistentenstellen an verschiedenen Krankenanstalten b
nnen die damals noch nötigen Kurse in Prag und Wien angereiht, zur Bef
eines Charakters auch ein Jahr lang in einem sandigen Waldorte,
er nächste Arzt vier Meilen entfernt war, und dann ein Jahr in einer
Orte mich aufgehalten, um auch diese Art der Praxis kennen zu le
elche ich keine besondere Neigung gewann." Erst nach Ablauf die
elbst gesetzten Vorbereitungszeit trat er in die Hallenser Ansta
Damerow als Volontär ein. Bald rückte er zum II. Arzt vor, und
hn seine nahen Beziehungen zu *Damerow* mit fast allen namhafte
rzten der damaligen Zeit in engere Verbindung. Zunehmend gewa
chtung und Ansehen, das er durch seine Berichte in *Canstatts* Jah
ür die Jahre 1850—54 und namentlich durch seine Schrift „Über Irre
rrenanstalten"[3]) noch weiter vermehrte. Dieses Buch ist die Fruc
Hallenser Tätigkeit, in ihm tritt uns schon der ganze *Laehr* in seiner
emütvollen, tiefgründigen Eigenart entgegen. Die erworbenen Ke
nd Erfahrungen nun auch in einer selbständigen Stellung zu erprobe

[1]) *Laehr*, Schweizerhof, Geschichte der Anstalt 1903 S. 5 u. ff.
[2]) a. a. O. S. 6.
[3]) Halle 1852.

Digitized by Google

aus und brach, wie er sagt, „um Kraft zu gewinnen“ jede Brück
ch ab. Er ging nach Berlin in der Hoffnung, hier an den so nötige
n der städtischen Irrenpflege mitarbeiten zu können. Er fand jedoc
eines Wirkungskreises nur wohlwollende Worte, und so entschloß e
n, eine eigene Privatheilanstalt für Geisteskranke zu gründen, nach
sich vorher noch auf dem Gute Brunow bei Eberswalde die dazu nac
nsicht unentbehrlichen landwirtschaftlichen Kenntnisse angeeigne
denn er wollte nicht etwas leiten, wozu ihm die Kenntnisse fehlten.
Dezember 1853 erwarb er in Zehlendorf bei Berlin den Grund un
auf dem er die Anstalt „Schweizerhof“ zu der allgemein bekannte
rkannten überaus erfolgreichen Entwicklung gebracht hat. Mit diese
igensten Schöpfung bezeugte er in glänzender Weise, wie er sei
n Können umzuwerten verstand. „Sein Fleiß, seine Arbeitskraft, di
heit und Uneigennützigkeit seiner Person, sein auf alles Große ge
Sinn, sein Blick und Verständnis für die Eigenart seiner Kranke
eitige musterhafte Organisation, welche er der Anstalt gab, und nich
lie ausgezeichneten Gaben der Gattin, das glückliche Familienlebe
entwickelte, schufen in Schweizerhof eine Anstaltsgemeinde edelste
o wuchs die Bedeutung der Anstalt von Jahr zu Jahr, und *Laeh*
ich bald ein derartiges öffentliches Ansehen, daß er weit über sein
stalt hinaus der Ratgeber der Behörden und Vertraute seiner Kolleg
öffentlichen Anstalten wurde. Und wenn es noch eines Beweises be
ß die Privatanstalten — darunter verstehe ich die nach Art de
nen Irrenanstalten eingerichteten unter ärztlicher Leitung stehende
stalten — ein Bedürfnis, ein wichtiges und unentbehrliches Glied i
e der Fürsorgeeinrichtungen für Psychisch-Kranke sind, so kann de
nicht besser erbracht werden als durch die Geschichte und die E
eser Anstalt.

erzeugt, daß für ein erfolgreiches Wirken der Irrenanstalten die ta
und allseitige Unterstützung der Bevölkerung unentbehrlich, ja da
werpunkt der praktischen Irrenheilkunde in der öffentlichen Meinun
ist, strebte *Laehr* vor allem nach Popularisierung und Unterstützun
pflege durch die öffentlichen Kräfte. So hat er sich vor allem auc
erdient gemacht, daß die Kenntnis von der Wirksamkeit der Irre
durch regelmäßige Berichterstattung und Austausch der Anstalt
weiteren Kreisen, insbesondere den Behörden, zugänglich gemach
das Zutrauen zu den Anstalten erhöht wurde. Und was er selbst i
Zeitschrift für diese Zwecke und zugleich für das gesamte Irre
es In- und Auslands überhaupt geleistet hat, bleibt unvergängliche
nd wenn damals bei Übertragung der Redaktion der Zeitschrift a
rich Laehr die bisherigen Redakteure *Damerow*, *Fleming* und *Rolle*
sagen konnten, „daß sein in literarischer und praktischer Tüchtigke
hrigkeit bewährter lauterer Name dem Vertrauen der Herausgebe

erheißung glänzend gerecht geworden.

Besonderen Wert legte er namentlich auch darauf, die Gesamt
rzte zur Mitwirkung an der Irrenfürsorge heranzuziehen und ihnen
ur konnte, die dazu nötigen Kenntnisse nahe zu bringen. So übers
ie klinischen Vorträge *Guislains* über die Geisteskrankheiten, dere
n ob seiner tiefen gemütvollen Schreibweise besonders anzog. Ur
uletzt aus den gleichen Gesichtspunkten heraus suchte er sein ganze
indurch Beziehungen zu der Ärzteschaft im allgemeinen als auch
ertretern anderer ärztlicher Disziplinen wachzuhalten und zu pfleg
ründete den Verein der Ärzte des Kreises Teltow und leitete ihn bis
egelmäßig besuchte er in Berlin die Zusammenkünfte der ärztlichen
chaft Heimia und ebenso die Sitzungen der Gesellschaft für Nat
eilkunde. Einige Jahre gehörte er der Ärztekammer Berlin-Branden
orstandsmitglied an und war längere Zeit als Hilfsarbeiter in der
chaftlichen Deputation für das Medizinalwesen tätig.

1889 übertrug er die Leitung von Schweizerhof seinen Söhne
eil er die Arbeit nicht mehr hätte leisten können, nein, weil er
ekommen sah, ihnen den berechtigten Anspruch auf Selbständigkeit
reude daran nicht länger vorzuenthalten. Und wie getrost und u
r sein Werk seinen Söhnen überlassen konnte, das zeigte ihm die
rfreuliche Weiterentwicklung der Anstalt, auf die nun von der Zi
atriarchen in inniger väterlicher Herzensfreude herabschauend er
lückes teilhaftig geworden ist.

Seine Arbeitsfreudigkeit blieb immer die gleiche. Mit Vorliebe
r sich geschichtlichen Studien über Psychiatrie und war mit gerad
ender Liebe zur Sache und peinlichster Sorgfalt bestrebt, alles zu
orschen und zu sammeln, was irgend eine Seite derselben erhellen,
nsehen und ihre Stellung irgendwie fördern konnte. Seine Zusammer
er Irrenanstalten Deutschlands (Berlin 1861) wurde ein immer mehr g
achschlagebuch, das unter dem Titel „Die Heil- und Pflegeansta
sychisch-Kranke in Deutschland, der Schweiz und den benachbart
chen Ländern" regelmäßig wiederkehrende Auflagen erlebte und so
eit bot, sich schnell und leicht über die Ausdehnung der Irren
ines Landes zu orientieren. Eine Fundgrube verschiedenartigste
us dem Entwicklungsgange der Psychiatrie bildeten seine wiederh
ehrten „Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisziplinen
ändern". Und was er an Zeit und an Arbeitskraft und nicht
n Geld für die Begründung und Förderung eines zuverlässigen
tudiums der Geschichte der Psychiatrie aufgewendet hat, davon z
llem sein großes Werk „Über die Literatur der Psychiatrie, Neurol
sychologie von 1459 bis 1799", dessen erste Vorarbeiten er dem
ährigen Jubiläum der Anstalten Illenau und Nietleben als Huldigu
um ehrenden Andenken an die Erstehung der deutschen Irrenpfl

nichte in seiner Person, er wäre, wie nur irgendeiner, berufen eine Geschichte der Psychiatrie zu schreiben, es ist ihm nicht mehr gewesen; immer werden aber seine Arbeiten die Grundsteine zu Werke abgeben. Er ist literarisch außerordentlich produktiv gecht alles habe ich anführen können, wie es denn schier unmöglich reiches Leben in einem Zuge erschöpfend darzustellen und alles was des Sagens wert ist. Und so insbesondere, was dieser Mann anken und ihren Angehörigen gewesen ist, wer vermag dem in erecht zu werden? Zahlreiche Zeichen äußerer Anerkennung sind geworden, er nahm sie mit wohlwollendem Dank entgegen, indem en mit der Ehrung seiner Person vielmehr noch eine solche des andes erblickt wissen wollte.

hat *Heinrich Laehr* durch sein Leben und Wirken der deutschen e und dem Irrenwesen überhaupt unvergängliche Dienste geleistet. schwindet der Zeuge eines ganzen Zeitalters der Psychiatrie, die ßerordentlich viel zu danken hat. Und barg die Zeit, in der er chiatrische Laufbahn begann, auch eine Reihe dem Erfolg günstiger in sich, so waren es in erster und letzter Linie immer wieder seine en Eigenschaften, die ihn zu einem so erfolgreichen Leben berufen Ein Ehrenmann vom Scheitel bis zur Sohle, war er eine in seinem seinem Gewissen gefestigte, in sich geschlossene Persönlichkeit, an Schlechte und Unreine abprallte, von der das Dichterwort gilt:

„Und hinter ihm, im wesenlosen Scheine
Lag, was uns alle bändigt, das Gemeine."

nehme Gesinnung, seine uneigennützige von edelster Humanität geingabe an seinen Beruf, sein für seine Kranken wie für seine aft gleich warm pulsierendes Herz, verbunden mit ausgezeichneten s Geistes machten ihn für seinen Beruf und die Erfüllung seiner gaben besonders geeignet. Sein Glück lag in ihm selbst, in dem seiner geistigen und gemütlichen Anlagen und seiner ganzen keit, die verklärt wurde durch eine wohltuende Ruhe und Wärme, ilde und Nachsicht, Wohlwollen, Friede und Versöhnung sprach.
ar *Heinrich Laehr*. Er war ein Mann, nehmt alles nur in allem, n seinesgleichen selten sehen.

nun bitte ich Sie, nach altgewohntem Brauch das Andenken des en durch Erheben von den Sitzen zu ehren:

In dankbarer Erinnerung wird sein Gedenken in uns und all denen, die je mit ihm in Beziehung treten durften, fortleben, nie wird ihm vergessen sein, was er unserem Verein, was er den deutschen Irrenärzten gewesen ist, und für alle Zeiten wird in der Geschichte der deutschen Psychiatrie und des gesamten Irrenwesens einen hohen und hehren Klang behalten der Name *Heinrich Laehr*.

Vortragender ist der Frage nachgegangen, ob die Tabes un
wirklich so selten bei Prostituierten vorkommt, wie dies von de
der *Erb-Fournier*schen Lehre behauptet wird. Er fand als Ender
Zusammenstellung von 179 Fällen), daß 38,4 % der Puellae an postsy
Neurosen (Tabes, Paralyse, Lues cerebrospinalis) erkrankt waren.
der statistischen Einzelheiten sei auf die ausführliche Publikation
logischen Zentralblatt hingewiesen.

Vortragender glaubt, daß das bisher zu dieser Frage vorhande
— mit Ausnahme der Statistik *Krons* — deshalb den tatsächliche
nissen nicht gerecht wird, weil die Untersuchungen häufig an zu j
zu kurze Zeit nach der syphilitischen Infektion befindlichen Mädche
worden sind. Das richtige Bild erhält man erst, wenn man die
der Mädchen weiter verfolgt, am besten bis zum Tode.

Der Beweis der größeren Häufigkeit der genannten Nervenk
bei Prostituierten gegenüber anderen Frauen der niederen Ständ
der Hand von Vergleichszahlen versucht, die teils aus dem s
Jahrbuch der Stadt Berlin, teils aus dem Material der Anstalt
berechnet wurden. Vortragender weist ausdrücklich auf die Notwen
artiger Vergleichszahlen hin, und betont auch, daß es schwierig, j
unmöglich sei, genaue Zahlen zu erhalten. Er schließt aus sei
suchungen, daß die Behauptung, Tabes und Paralyse seien bei Pr
seltener als bei anderen Frauen, nicht zutrifft.

Diskussion: Herr *H. Kron* hat Untersuchungen über
Puellis publicis im Jahre 1898 im städtischen Obdach angestellt:
im ganzen 184 Fälle im Alter von 14—60 Jahren. Jenseits de
Jahre nimmt die Zahl schnell ab. Da im allgemeinen mit eine
von etwa 9 Jahren zwischen Infektion und Auftreten der Tabes
ist, so brauchen wir trotz der gewiß oft recht frühen Infektion
tuierten ein früheres Alter als 25 Jahre als unterste Grenze nicht a
Dann fanden sich unter 36 Fällen 5 mit Tabes dorsalis d. h. 14 %
notwendig, bei diesen Erhebungen die Symptome der Tabes a
Keine einzige der fünf Kranken hatte über irgendwelche Störungen
des Nervensystems geklagt.

Herr *Schmidt*-Wuhlgarten: Transitorische doppelseiti
rose mit erhaltener Pupillenreaktion und amnestische
nach Krampfanfall.

Bei einer etwa 65jährigen Kranken, Frau T., die seit
schwerer Epilepsie leidet, tritt im Anschluß an einen nächtliche
anfall völlige Erblindung und Sprachstörung ein.

Erbliche Belastung, Potus, Lues nicht nachweisbar. Kran
Analphabetin ist und intellektuell tief steht, soll seit ihrer dritten

eitszuständen und Sinnestäuschungen verbundene Anfälle; in einem
or etwa 12 Jahren Fall auf den Hinterkopf, der besondere ärztliche
rderte. Seit Mai 1905 befindet sich die Kranke in Wuhlgarten in
t auch hier häufige Krampfanfälle mit Gliederzuckungen, Erinnerungs-
nachfolgender Erregtheit. Vom 28. September bis 5. November 1905
ige Pleuritis, Temperatur nicht über 38,2°, wiederholt Zustände von
äche.

der Nacht vom 8./9. November morgens gegen 4 Uhr nach längerer
sbesondere während der Dauer des Krankenlagers) wieder erster
her Anfall: nachdem Patientin von demselben sich erholt hat, begibt
durch das trübe beleuchtete Schlafzimmer und das anstoßende Wach-
ur Wasserleitung auf dem Korridor, trinkt, kehrt zurück, stellt einen
ege stehenden Stuhl selbst beiseite, läßt sich von der Pflegerin ins
n, schläft ein. Sie sah also. Gegen 5½ Uhr beim Wecken gänz-
rlust des Augenlichts. Patientin jammert über ihre Erblindung.
/2 Uhr Prüfung der Lichtempfindung mittels elektrischer Handlampe
Oberpflegerin: keinerlei Lichtschein. Auch bei der ärztlichen Visite
hr wird dieser Befund bestätigt. Um diese Zeit keine deutlichen
serscheinungen im Gebiete des Facialis, Hypoglossus. Sensibilität in
Schmerzgefühl etwas verlangsamt. Patellarreflex beiderseits von
Intensität. Pupillen mittelweit, gleich, reagieren auf L. und C.
regungen frei.

es Zeichen des wiederkehrenden Sehvermögens beobachtet zwischen
hr nachmittags — also etwa 13 Stunden nach dem Krampfanfall —,
ingerzahl in etwa ½ Meter Entfernung auf schwarzem Hintergrunde:
e Farbe eines Portemonnaies erkannt; Gegenstände hier anscheinend
wahrnehmbar. Ophthalmoskopisch: Augenhintergrund beiderseits
inks zwei kleine Blutaustritte in die Retina; Arterien dünn, Venen
efüllt als gewöhnlich. — Pupillen gleich, etwas über mittelweit,
auf L. und C. — Bei Lichtreaktion initiale mäßige Verengerung,
ebliche gleichmäßige Erweiterung der Pupillen, solange die Licht-
rkt (vgl. Silex 2. Band der Zeitschr. f. Augenheilkunde 1899: Über
Pupillenreaktion).

ennung und Benennung vorgehaltener Gegenstände um etwa 6 Uhr
richtig, wenn auch mühevoll, teilweise falsch mit Perseveration:

z. B. Sieb	=	Durchschlag
Teller	=	Teller
Messer	=	Messer
Löffel	=	Löffel
Münzen	=	richtig
Schlüssel	=	Schlüssel
Gabel	=	Löffel
Taschentuch	=	„Durchschlag“ usw.

Digitized by Google

Krampfanfall) Sehvermögen erheblich gebessert: Fehlreaktionen zeichnen von Gegenständen geringer, aber deutlich noch nachwe angegebenen Sinne. Keine gröbere Einengung des Gesichtsfeldes durch Handbewegungen). Keine merkliche artikulatorische Sprachs

Am 11. November Befinden wie früher, bei klarem Senso bisher.

Sprachprüfung am 12. November ergibt im wesentlichen nur bei geben einfacher bildlicher Darstellungen bemerkenswerte Abwe Kranke erkennt die Einzeldarstellungen ihren Umrissen nach richtig, ve dieselben aber mit ähnlichen Objekten (Osterhase = Kaninchen, Kind Wiege = Holz u. dergl.), während dabei gewisse andere Bilder richti und bezeichnet werden (Kirche, Schnecke, Ziege). Diese Unfähigkeit nach Wochen bemerkbar, indessen kommt Patientin jetzt (10. I nach Betrachtung der Osterhasenszene, nachdem sie etwa dreiviertel darüber „simuliert" hat, von selbst auf die Bedeutung der Geschich

16. November 1905 ein zweiter Krampfanfall bei Nacht ohne geschilderten Abweichungen. Klagen über Hinterhauptschmerzen denen sie überhaupt sehr behaftet sei.

Diagnose: Transitorische doppelseitige Amaurose mit am Aphasie auf dem Boden einer konstitutionellen Hirnschwäche. E nach *Wernicke*: transkortikale sensorische Aphasie. Sitz der Erk beide Hinterhauptlappen, hinterer Teil der ersten Schläfenwindung. M Regionen frei.

Pathologisch-anatomischer Prozeß: Bei der gleichmäßigen beider optischen Sphären muß die Schädigung ziemlich symmet Rinde beider Occipitallappen betroffen haben. Embolie ausge andere gröbere umschriebene organische Verletzung unwahrschein Betracht kommt vorübergehende Behinderung im arteriellen Blutz die beiden Hinterhauptlappen versorgenden Gefäßbezirkes. Möglich dabei zu einer Transsudation unter die Pia kam, welche durch Drucks bis in die Seitenpartien der Hirnoberfläche (Schläfenlappen) wir dieser Annahme harmoniert die Tatsache des krankheitsfreien Inter dem Anfall. Jedenfalls muß für die Gleichzeitigkeit des Auftr Amaurose und Aphasie nach der ganzen Sachlage eine gemeinsame angenommen werden. Inwiefern hierbei durch die horizontale R im Bett etwa hervorgerufene Blutdruckschwankungen, nachdem der Lungenaffektion bereits geschädigte Körper durch den Krampfanf geschwächt war, noch mit in Betracht kommen, — welche Rolle d hauptverletzung (typische Kopfschmerzen) ätiologisch spielt, läßt vermutungsweise erwägen.

Ganz analoge Fälle in der neueren Literatur (letzten 8—10 Ja auffindbar. Im übrigen berichten über Beispiele, die hier interessieren, *St* (Psych. neurol. Wochenschrift 1902), *Pick* (Archiv f. Psych. Bd. X

ten.)

skussion: Herr *Falkenberg* bezweifelt, daß die vom Vortragende Kranken gefundene Pupillenreaktion als paradoxe bezeichnet werde Er hat ein gleiches Verhalten der Pupillen bei akuten und chron ei organischen und funktionellen Psychosen gesehen und glaubt nich er Art Reaktion eine pathognomonische Bedeutung zukommt: je inter d plötzlicher die Belichtung, um so deutlicher ist auch die bei An ler Beleuchtung der Verengerung folgende, mit klonischen Iris gen einhergehende, allmähliche Erweiterung der Pupille.

rr *Hebold*: Die erwähnte Pupillenreaktion ist wohl nichts besondere e sofort, nachdem ich bei der genannten Kranken die beregt reaktion gefunden hatte, einige Kranke und Pflegerin darauf unter d dieselbe Reaktion gefunden. Es handelt sich bei der Beleuchtun en mit elektrischer Lampe um einen ganz ungewohnt starken Rei ächst eine übermäßige Reaktion hervorruft, und die nachherige E g ist nur als ein Ausgleich zu betrachten.

rr *Liepmann* fragt, ob bei der Rückbildung das rechte Auge ode te Gesichtsfeld zuerst sich erholte.

rr *Schmidt* (Schlußwort): Herrn *Falkenberg* möchte ich erwidern, da Legitimität der Bezeichnung „paradox" allerdings nicht behaupte ß die erwähnte abweichende Form der Pupillenreaktion eine wenige sei, kann ich aus den vielen Beobachtungen bei der Prüfung vo reaktionen, die ich früher, wie ich glaube sagen zu dürfen, m haftigkeit ausführte, nicht bestätigen.

rrn Dir. *Hebold* bemerke ich, daß ich an Gesunden besonder n nur etwa 4—5 nach dem Falle der Frau T. angestellt habe und be e erwähnte Pupillenreaktion mir nicht aufgefallen ist. — Eine genauer ung der Stufenfolge, in welcher die Rückbildung der Amaurose vo g, ist leider aus äußeren Gründen unterblieben. Als ich am Nach des ersten Tages die ersten eingehenderen ophthalmoskopische chungen vornahm, war mir der Fall, wie ich gestehen muß, in jene ; noch nicht klar, und als ich am nächsten Tage meine Beobachtunge e, war es schon zu spät. Ich bedauere daher sehr, die interessant es Herrn Kollegen *Liepmann* nicht beantworten zu können.

Gock.

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Unfallentschädigung und Krankenhauszwang. Wähı Reichsgericht die Frage, ob der durch einen Unfall Verletzte sich ichenfalls auf Verlangen des Ersatzpflichtigen einer Operation un nüsse, wiederholt in verneinendem Sinne beantwortet hat, steht es l der Frage des Krankenhauszwanges auf entgegengesetztem Stan Kläger hatte einen Eisenbahnunfall erlitten und sich hierdurch eine Neurasthenie zugezogen. Der auf Schadenersatz verklagte Fiskus ein, er habe den Kläger aufgefordert, sich auf seine, des Fiskus, K einer Nervenheilanstalt behandeln zu lassen, weil hiervon eine Heil nindest eine wesentliche Besserung des Leidens zu erwarten gew Kläger habe sich aber diesem Verlangen mit der Erklärung widers er nie in eine Nervenheilanstalt gehen werde; er habe ein Recht au und könne sich von einem Arzt behandeln lassen, dem er persön Vertrauen schenke. Das Landgericht sowohl wie das Oberland hielten die Weigerung des Klägers für berechtigt und verurteilten n Klageantrage. Das Reichsgericht aber erklärte im Gegensatze hi Einwand des Fiskus für erheblich. Es führt aus: Wenn jemand ein erleide, für dessen vermögensrechtliche Folgen ein anderer ersatzpfli so müsse verlangt werden, daß er nach Möglichkeit zur Heilung od rung seiner Krankheit die nach dem jetzigen Stande der medi Wissenschaft sich darbietenden Mittel zur Anwendung bringe. A habe hierbei zu gelten, daß der Verletzte in solchem Falle nich handeln dürfe, als es bei gleicher Gesundheitsstörung ein verständige tun würde, der nicht in der Lage sei, die Vermögensnachteile, di troffen haben, auf einen anderen abzuwälzen. Unterlasse er eine Vorsorge, so treffe ihn für den Umfang des zu leistenden Ersatzes er Mitverschulden. (Tgl. Rundschau.)

Digitized by Google

m Verein ist die Provinzial-Heilanstalt Warstein in Westfalen be

gegen erklärt die Direktion der Anstalt für Erziehung schwachsinnige
in Regensberg (Schweiz) ihren Austritt aus dem Verein, da di
sion ihr nicht mehr so viel Berichte zur Verfügung stelle, um de
ch fortsetzen zu können.

wird gebeten, die Anstaltsberichte auch an den Berichterstatter fü
taltswesen im Literaturheft dieser Zeitschrift, Herrn Oberarzt D
r, Prov.-Anstalt zu Lüneburg (Prov. Hannover), zu senden.

s Verzeichnis der dem Verein angehörenden Anstalten wird vo
chneten auf Wunsch versandt.

nweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn. Dr. *Hans Laehr.*

Personal-Nachrichten.

ch, Geh. San.-Rat in Eberswalde, feierte am 10. Januar sein 50jährige
torjubiläum.

nz Simon, Sanitätsrat, bis dahin Dir. der Prov.-Anstalt Tost, ist Di
neu eröffneten Prov.-Anstalt Lüben, Reg.-Bez. Liegnitz,

h. Schubert, bis dahin Oberarzt in Bunzlau, Dir. der Prov.-Ansta
t, Reg.-Bez. Oppeln geworden.

. *Linke*, bisher Oberarzt in Tost, ist als solcher nach Lüben,

mar Schmidt, Ass.-Arzt in Freiburg i. Schl., als Oberarzt nach Tos

. Ziertmann, bisher in Leubus, als Oberarzt nach Bunzlau verset
den.

. Alter, bisher Ass.-Arzt in Leubus, ist zum Dir. der Lippesche
desanstalt Lindenhaus bei Brake,

hard Snell, 2. Arzt der Prov.-Anstalt zu Hildesheim, zum Dir. d
sauischen Irrenanstalt Eichberg ernannt worden.

l Schroeder, Privatdozent, ist Oberarzt an der psychiatrischen un
venklinik in Breslau geworden.

edr. Quensel, 2. Arzt der psychiatr. Klinik zu Leipzig,

ar. Klien, Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik zu Leipzi
h. Stromayer in Jena und

l Wilmanns, Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik zu Heidelber
en sich als Privatdozenten niedergelassen.

pold Beßer, geb. 11. Mai 1820 in Altenburg, Begründer und langjährig
er der Privatheilanstalt Pützchen, ist am 14. Februar in Bonn na
werem Leiden gestorben.

Digitized by Google

Digitized by Google

er den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Stoffwechsel.[1])

Von

M. Rosenfeld, Privatdozent und I. Assistent der Klinik.

Einleitung.

man anfing sich mit der Frage zu beschäftigen, ob es Geschehen irgendwie den Ablauf der Stoffwechsel- beeinflussen könne, ob die Denkprozesse auf den Kalorien- ne Wirkung ausüben oder eine qualitative Veränderung echsels veranlassen, gab es zunächst genug Hypothesen experimentell gefundene Resultate, welche einen Zu- ng zwischen dem Stoffverbrauch und den Denkprozessen sen erscheinen ließen. Man stellte sich die Tätigkeit s vor als einen Abnutzungsvorgang, bei dem Oxydations- die Hauptrolle spielen, und man hielt Vorgänge, die bei rung des Gehirns auftreten können, nicht von jenen die der eigentlichen Tätigkeit des Gehirns zugrunde

rmeister (1) sprach sich im Jahre 1875 dahin aus, daß tige Tätigkeit der Stoffumsatz und die Wärmeproduktion werde, und glaubte mancherlei Erfahrungen, wie die Kohlensäureproduktion und Temperaturmessungen, dafür u können. *Krafft-Ebing* (2) äußerte sich im Jahre 1870 Frage folgendermaßen: Die Hirnrinde sei durch ihren

Digitized by Google

Blutreichtum und den Reichtum an Kohlehydrat- und Wa
haltigen, leicht zersetzbaren, fettartigen Substanzen mi
Verbrennungswerten für eine intensiv hohe Leistungs
besonders geeignet. Er proponierte also noch eine über d
gesteigerte Oxydation für die funktionierende Hirnrinde.
Anschauungen konnten aber sehr bald Tatsachen gegenüb
werden, welche die Unrichtigkeit der ersteren bewiesen.

Auch theoretische Erwägungen führten zu einer
Auffassung. Die Geringfügigkeit der sich im Nerven absp
Stoffwechselvorgänge wurde von *Voit* (3) und *Hermann*
hauptet. Letzterer sagt in seinem Lehrbuch (5): der Stof
des Nerven kann bei seiner Gefäßarmut und dem Mang
weisbarer Ermüdung und Wärmebildung nur sehr geri
Es wäre allerdings denkbar, daß bei den Erregungen
Zersetzungen stattfinden, welchen aber eine sofortige Rege
folgt. Außerdem erscheint es durchaus nicht angängig, ps
Vorgänge mit anderen körperlichen Funktionen, speziell
in denen mechanische Umsetzungen stattfinden, zu ver
Ferner ist es keineswegs sicher, daß alle chemischen V
im Gehirn Oxydationen sind. Da sauerstoffreiches Blut z
wird und kohlensäurereicheres abfließt, so werden natürli
Oxydationsvorgänge stattfinden. Auch eine Wärmeprodu
theoretisch möglich. Nur fragt es sich, haben die Vorgän
mit der eigentlichen Gehirntätigkeit, den psychischen Vo
zu tun. *Hermann* (6) sagt, daß man über die dem Sto
im Zentralorgan zugrunde liegenden Oxydations- oder wah
lichen Spaltungs- und Restitutionsprozesse nichts wiss
mutlich ist der Umsatz in der grauen Substanz d. h.
Ganglienzellen weit lebhafter als in der aus Nervenfas
Neuroglia bestehenden weißen. Hierauf deutet auch
größere Gefäßreichtum der ersteren. Nach *Wundt* (7
wahrscheinlich, daß die Nervensubstanz „der Sitz einer che
Synthese ist, infolge deren aus den dem Blut zug
komplexen Nahrungsstoffen schließlich noch komplexere
hervorgehen, die zugleich durch ihren hohen Verbrennu
eine bedeutende Summe disponibler Arbeit darstellen. D

von Verbindungen gerichtet, in welchen sich ein höher ungs- und Arbeitswert anhäuft." Auch das Verhältnis des vichts zum Gesamtkörper ist dafür angeführt worden, cht zu erwarten ist, daß psychische Vorgänge auf den tz, auf den zunächst die Untersuchungen gerichtet waren, fluß ausüben können. *Mainzer* (8) weist auf dies un-quantitative Verhältnis hin und meint, es sei dies ein gender Einwand, welcher die Verwertung aller posi-ebnisse in dieser Hinsicht zweifelhaft macht. Der Nach- das tätige Gehirn Wärme produziere, konnte nicht verden. *Speck* (9) machte darauf aufmerksam, daß, da n mechanischer Leistung bei der Tätigkeit des Gehirns brigen Nervensystems nicht bemerkbar sind, eigentlich veis von Wärmeproduktion hier viel leichter gelingen z. B. beim Muskel, bei dem ein großer Teil der sich en Oxydationsvorgänge in mechanische Kraft umgesetzt also die Wärmeproduktion schwerer zu beobachten ist. eproduktion des tätigen Nerven ist aber von *Heidenhain holtz* geleugnet worden. *Speck* (10) machte an sich etwas primitiven Versuche, daß er die Temperatur in höhle während angestrengter geistiger Tätigkeit maß. ine geringe Steigerung der Temperatur, glaubte aber dieselbe auf die nicht zu vermeidenden Muskelkontrak-iehen zu müssen. Auch die Frage, ob das tätige utreicher ist, wurde erörtert und verschieden beant-*Binz* (11) konnte keinen Unterschied im Blutgehalt des n und wachenden Gehirns finden. *Durham* (12) fand nde Gehirn blutreicher, und nach *Mosso* und *Giacomo* (13) geistige Tätigkeit, ebenso allerdings wie die körperliche auf das Volumen und die Pulsationen des Gehirns.), *Basch* (15), *Thanhoffer* (16), haben ebenfalls Versuche Lichtung angestellt, die alle zusammen keinen sicheren für erbringen konnten, daß psychisches Geschehen mit eichtum des Gehirns in Beziehung steht.

nimmt also auch heute als feststehend an, daß der el im Nerven ein minimaler ist, und daß die Restitu-

Digitized by Google

Leitungsvorganges angeführt werden, ohne aber absolut b
zu sein, wenn man die chemischen Vorgänge im Nerv
nicht in einer Verbrennung, sondern in einer Ände
chemischen Affinität sieht (vgl. *Bethe* (17)).

Nach diesen eben mitgeteilten Erfahrungen erscheint
aussichtsvoll, nach quantitativen oder qualitativen Störu
Stoffwechsels zu suchen, die durch den Einfluß psychisc
gänge, sei es nun normaler oder pathologischer, zustande

Die Literatur enthält aber eine große Reihe solcher
die hier kurz besprochen werden sollen.

Da sind zunächst Untersuchungen zu erwähnen, welche quali
quantitative Veränderungen des Urins unter dem Einfluß normale
Tätigkeit nachzuweisen suchen. Diese Arbeiten beschäftigen sic
Ausscheidung der Phosphorsäure, des Harnstoffes, der Harnsäure, de
säure, des Kochsalzes und der Urinmenge. Man verglich die Zeit
mit der Zeit, in welcher geistig angestrengt gearbeitet wurde, und
noch den Stoffwechsel des schlafenden Organismus und des unter de
einer toxischen Substanz (Alkohol, Morphium usw.) stehenden hera
diesem Vergleich brauchbare Resultate zu gewinnen.

Die Untersuchungen *Hammonds* (18) über die Vermehrung
stoffes bei geistiger Tätigkeit sind schon von *Speck* (19) als un
zurückgewiesen worden. *Schenk* (20) fand dagegen, daß die Ges
des Harnstoffes nicht steigt, wenn er zwei Nächte schlaflos zubra
doch ein beträchtliches Mehr von geistiger Tätigkeit lieferte. *Sp*
leugnete ebenfalls die vermehrte Harnstoffproduktion bei geistige
($2^1/_2$stündige Arbeit) und führte die etwa sich zeigende Differenz in
stoffproduktion auf anderweitige Gründe, z. B. Schweißsekretion, vern
verminderte Harnsekretion, zurück. Bei den Versuchen über den St
des Schlafenden gegenüber demjenigen des Wachenden zeigte es
die gefundenen Differenzen nur auf die verschiedenen Grade von M
resp. -tätigkeit zu beziehen waren. *Rubner* (21) zeigte, daß der St
des absolut ruhenden Hundes derselbe sei wie der des schlafenden;
die für den Menschen von *Löwy* bestätigt wurden (22). Die Tats
der Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureabgabe während de
rasch absinken, muß nach *Voit* (23) allein durch die Muskelru
werden. Die Versuche *Lachrs* (24) über den Einfluß des Schlafe
Stoffwechsel haben das Resultat, daß die Phosphorsäure-, Kal
Magnesiaausfuhr nicht durch den Schlaf beeinflußt wird, daß die H
Chloride, Harnstoff, Schwefelsäure etwas abnehmen, dagegen
Reaktion zunimmt. Die Beobachtungen von *Speck*, *Vogel* (25) und *O*

Digitized by Google

nte ebenfalls nicht als Folge geistiger Tätigkeit angesehen werden,
rde auf Wasserretention während des Schlafes und Verminderung
ätigkeit bezogen. Auch die von *Speck*, *Böcker* (27) und *Schweig*
ene Vermehrung der Harnsäure findet nach *Speck* ihre Erklärung
chiedenheit der Wasserausfuhr.

man der Phosphorsäureausscheidung im Urin eine besondere
schenkte, ist begreiflich. Man stellte sich vor, daß die phos-
n Fette des Gehirns durch die oxydative Tätigkeit des Gehirns
rden und der oxydierte Phosphor sich im Urin nachweisen lassen
eck (29) fand die stündlichen Phosphormengen morgens 0,036,
12, abends 0,12, Diese steigerten sich an Arbeitstagen auf 0,8,
16. Verdauung und Muskeltätigkeit sind allein nach *Speck* (29)
igerung der Phosphorzahlen verantwortlich zu machen. *Speck*
ner Stelle auch schon auf die verzögerte Phosphorausscheidung
ich bei den Versuchen *Mainzer*s noch zurückkommen werde.
eed (30) beobachtete eine Abnahme der Phosphorsäure während
. *Boecker* (31) fand eine Zunahme der Erdphosphate und ein
Sinken der an Alkalien gebundenen Phosphorsäure im Schlaf.
) wies darauf hin, daß der von ihm selbst behauptete Paralle-
chen Stickstoff- und Phosphorsäureausscheidung für den Hunger-
ht zutrifft, daß mehr Phosphor ausgeschieden werde, als dem
tspricht.

(33) hat auf das relative Verhältnis von Harnstoff zu Phosphor-
s Gewicht gelegt. Er meinte zeigen zu können, daß je nachdem,
eiche oder eiweißreiche Substanzen zugrunde gehen, die relativen
ngen zunehmen oder abnehmen. *Zülzer* fand den relativen Wert
rsäure, abgesehen von den ersten acht Stunden unmittelbar nach
, für die Nachtstunden von 2—6 Uhr am höchsten. Die niedrigste
r in den Morgenstunden von 6—10 Uhr. Er schloß daraus, daß
gewebe im Zustande der Erregung die Stoffabgabe vermindere,
Depressionszuständen, also z. B. im Schlaf, die Abgabe erhöhe.
gewebe würde sich also umgekehrt verhalten wie Muskeln und
ie Phosphorsäure des Nachturins wurde auch von *Laehr* (34)
(35) relativ vermehrt gefunden. *Laehr* bezog diese Änderung
die Nahrungsaufnahme, welche *Zülzer* nicht genügend berück-
Er zeigte, daß die Ausscheidung von Kalzium und Magnesium-
während der Nacht sich nicht ändert, wenn der Schlaf auf eine
verlegt wurde. *Speck* konnte die Vermehrung der Phosphorsäure
z zum Harnstoff ebenfalls konstatieren, speziell bei Muskelarbeit;
nte, daß daran nicht bloß eine Verschiebung der Ausscheidung
könne, sondern daß möglicherweise eine phosphorreichere Sub-
nde geht. Daß diese aber die Nervensubstanz sei, daran zweifelt

nun die tägliche Ausscheidung des Phosphors etwa 3 g betragen müßten die im Gehirn sich abspielenden Stoffwechselvorgänge ganz groß sein. Auch die relative Phosphorsäurevermehrung, welche *Str* nach Alkoholgenuß und in der Chloroformnarkose gefunden hat, is als daß man sie auf zugrunde gegangene Nervensubstanz beziehe Über die Herkunft dieser Phosphorsäuremengen, die unter den oben Verhältnissen im Urin erscheinen, haben *Forster* (38) und *Specl* mutung ausgesprochen, daß sie aus den Knochen stammen. *F* gezeigt, daß Phosphorsäure bis zum Tode ausgeschieden wird andererseits das Gehirn die Phosphorsäure energisch zurückbeh wenn das Salzbedürfnis des Körpers groß ist. *Forster* meint, daß die säure aus den Knochen stammt. Kurz, die Ansichten laufen dahin daß die Phosphorsäureausscheidung im Urin des normalen Me keinem direkten Zusammenhang mit den Vorgängen im Gehirne be Tätigkeit stehen. *Noorden* sagt daher mit Recht, daß zurzeit all über den gesteigerten Phosphorumsatz als Ausdruck geistiger Tät oberflächlichen Untersuchungen beruhen.

In neuester Zeit beschäftigt sich eine Arbeit *Mainzers* mit erörterten Gegenstande. *Mainzer* (40) experimentierte im Hunge um alle Verschiedenheiten der Nahrung als Fehlerquelle auszuschalte Tage vor dem Versuch war der Organismus auf reduzierte Kost ge teilte den Tag in drei achtstündige Perioden. Die erste begann um 6 Uhr. Während dieser Zeit leistete er ein beträchtliches geistiger Arbeit (Potenzrechnungen, Auswendiglernen sinnloser Kor reihen, Schachprobleme). Er fand während dieser ersten Periode ei rung der Stickstoffausfuhr; in der zweiten Periode ohne geistige gegen eine tatsächliche Verminderung gegenüber der entsprechend an den Ruhetagen. So erfährt also die Gesamtmenge des Stickstof Tagen, an denen angestrengt geistig gearbeitet wurde, doch keine Ve Was die Veränderung der Phosphorsäureausscheidung angeht, so fan dieselbe an den ersten Perioden der Arbeitstage vermindert gegen Ruhetagen, in der zweiten Periode dagegen vermehrt, so daß i während dieser beiden Perioden an Arbeitstagen mehr Phosphors geschieden wird als an Ruhetagen. Diese Differenz wird aber bis kleinen Teil reduziert, wenn man die Phosphorsäureausscheidung mit dazu rechnet. Diese Resultate in bezug auf die Phosphorsäureaus erklärt *Mainzer* allein aus einer Verschiebung in der Ausscheid Phosphorsäure folgt dem zugehörigen Stickstoff erst einige Zeit na selben Umstande schreibt *Mainzer* es zu, daß die verschiedenen A bezug auf diese Frage so verschiedene Resultate angegeben haben. selbst verhält sich der von ihm gefundenen Stickstoffvermehrung sehr skeptisch, was ihre Herkunft angeht. Er weist auf die Arb *manns* hin, der ganz ähnliche Stickstoffzahlen fand, wenn er die

besondere geistige Arbeit im Sinne der *Mainzer*schen Versuche
wurde. Auch *Rosemann* fand eine Zunahme des Stickstoffs im
Anstieg von 0,1—0,15 alle zwei Stunden. Daher erscheint der
en *Mainzer* in seine Zahlen setzt, insofern gerechtfertigt, als es
t, ob die gefundene Veränderung in der Stickstoffbilanz auf die
geistige Arbeit direkt zu beziehen ist. *M.* versuchte noch auf
eise den Einfluß geistiger Tätigkeit auf die Stickstoffausscheidung
en. *Rosemann* hatte gezeigt, daß nach dem Erwachen in der
l vierten Stunde eine Steigerung der Stickstoffausscheidung ein-
nzer versuchte nun, ob in dem Zeitpunkt, in welchem diese Stick-
wieder im Abklingen begriffen ist, durch geistige Arbeit die Kurve
dieselbe Höhe gebracht werden kann. Diese Versuchsanordnung
die Stickstoffausscheidung durch geistige Tätigkeit nicht wieder
urde. Wie die vermehrte Stickstoffausscheidung in den Versuchen
zu erklären ist, bleibt unentschieden; vielleicht handelt es sich
Ausscheidung von retiniertem Stickstoff.

nderen hierher gehörigen Arbeiten sind noch folgende zu nennen.
ie Arbeit von *Mairet* (42, 43). Er kommt zu dem Resultat, daß
orsäureausscheidung abhängig ist von der Ernährung und Funktion
. Er sagt: L'acide phosphorique est intimement lié à la nutrition
ionnement du cerveau. Le travail intellectuel diminue le chiffre
éliminé par les urines. Le travail intellectuel augmente l'élimi-
l'acide phosphorique uni aux terres. Le travail intellectuel
limination de l'acide uni aux alcalis. Le travail intellectuel
plus généralement le chiffre de l'acide phosphorique total. Diese
ngen haben gegenüber den oben zitierten den Nachteil, daß sie
ngerzustande ausgeführt wurden. Auch wurden nur die gesamten
en bestimmt und die Faeces nicht analysiert. *Mairet* fand aber
Zahlen in bezug auf die Phosphorsäureausscheidung bei ver-
Kostarten, sowohl bei gemischter wie bei rein vegetabilischer

umfangreiche Versuche hat *Schterbac* (44) angestellt. Er experi-
uch an sich selbst und arbeitete während vier Tagen nach der
en Tagesarbeit noch 4—5 Stunden arithmetische Aufgaben. Er fand
ne verringerte Aufnahme von Stickstoff und Phosphor, woraus er
machte, daß durch gesteigerte Nahrungsaufnahme der durch
beit bedingte Verlust nicht ausgeglichen werden könne. Die
ureausscheidung war in den genannten vier Tagen um 4,9 g größer
der Nahrung aufgenommene Menge. Auch das Verhältnis des an
ndenen Phosphors zu dem an Erden gebundenen war geändert.
ehauptet nun, daß durch geistige Tätigkeit die Zersetzung eines
chen Körpers stattfindet, und führt als Beweis dafür einen Kontroll-

Digitized by Google

konnte. Auf seine Versuche bei Geisteskranken komme ich unten noc
Diesen Befunden *Schterbacs* stehen diejenigen *Lucianis'* (45) g
welcher an dem Hungenkünstler Succi ebenfalls den Einfluß geisti
keit auf den Stoffwechsel prüfte und kein sicheres Resultat finde
Schließlich haben wir noch über die Untersuchungen von *Speck*
Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäurebildung während geistiger
zu berichten. Der Autor konnte zeigen, daß jede Steigerung de
säureausfuhr resp. der Mehrverbrauch an Sauerstoff nur auf Mu
zurückzuführen sei und keine direkte Folge geistiger Arbeit dars
fand, daß auch ganz geringfügige Bewegungen, wie z. B. unbequ
tungen, Schreiben, Halten eines Buches usw., sich in der Weise
macht, daß die CO_2-ausscheidung steigt.

Überblicken wir kurz diese Versuche am geistig
Menschen, so muß man sagen: Bewiesen ist nirgends,
Stoffwechselvorgänge im Gehirn, die vorhanden sein müss
nicht in Oxydationsvorgängen zu bestehen brauchen, auf
gemeinen Stoffwechsel einen nachweisbaren Einfluß habe
nicht bewiesen, daß die von einigen Autoren gefunden
änderungen der Zusammensetzung des Urins zur Zeit ges
geistiger Tätigkeit eine direkte Folge der im Gehirn sich
lenden chemischen Vorgänge sind.

Wie steht es nun mit dem Einfluß der krankhaft
Geistestätigkeit auf den Stoffwechsel? Haben sich in di
ziehung Störungen in der Zusammensetzung des Urins na
lassen, die als direkte Folge der pathologisch veränderten
tätigkeit anzusehen sind.

Eine große Zahl von Arbeiten beschäftigt sich mit der bei z
Psychosen auftretenden Albuminurie. *Köppen* (46) prüfte an einem
Krankenmaterial, ob sich die Lehre von der zentralen Albuminurie
von *Claude Bernard*, *Schiff* u. a. aufgestellt war, auch aus klinisch
achtungen stützen ließe.

Die Veranlassung zu diesen Untersuchungen gab der Umst
Köppen bei dem Delirium acutum, also Erregungszuständen aus v
nen Ursachen, regelmäßig Eiweiß fand.

Köppen untersuchte nun systematisch alle Fälle, die in ihre
oder wenigstens zeitweise den Charakter eines Deliriums trugen,
minurie. Er fand in zahlreichen Fällen, speziell aber bei Manie und
eine beträchtliche Eiweißausscheidung, die durch die einfache Salp
probe nachgewiesen wurde. Ferner stellte er fest, daß in einzelne
die beim Kochen und Salpetersäurezusatz klar blieben, beim Erk

en. *Köppen* suchte zunächst nachzuweisen, daß nicht irgendwelch eiten an dem Auftreten dieser Propeptonurie schuld sei. Der Einwand Eiweißausscheidung nur mit der Konzentration des Urins zusammen ucht *Köppen* ebenfalls zu widerlegen. Das spezifische Gewicht de untersuchten Urine betrug nämlich 1030 und darüber; *Köppe* auch selbst nicht, daß ein Zusammenhang der Albuminurie mit de ation möglich ist. In vielen seiner Fälle war es so, daß zuerst da he Gewicht anstieg, dann die Albuminurie auftrat, die dann wiede kurz bevor auch das spezifische Gewicht wieder herunterging war das nicht in allen Fällen so. Die Eiweißausscheidung stan mer in genauer Wechselbeziehung zu dem spezifischen Gewichte n fehlt bei seinen Untersuchungen meist die Angabe über die Tages es Urins. Auch den Einwand, daß die Albuminurie und Propepto rch Muskelbewegung bewirkt werden, sucht *Köppen* durch die Beob einer ruhigen Manie mit starker Albuminurie und eines Falles vo ler gerade in ganz ruhigen Zeiten eine starke Albuminurie zeigte, z en. *Köppen* meint also, daß die Tatsachen, die *Fürstner* für da tremens gefunden hatte, nämlich, daß die Albuminurie bei zu er Verwirrtheit und Benommenheit zunimmt, auch für das Delirium und die Manie gilt. Bemerkenswert ist noch das Verhältnis de ne zu den Albuminen. In einigen Fällen, welche *Köppen* mitteilt anfangs eine Propeptonurie, dann eine gewöhnliche Albuminuri er mit Propeptonurie zusammen und zum Schlusse wieder nur ein nurie. In anderen Fällen trat anfangs gewöhnliches Eiweiß au einer kurz dauernden Propeptonurie wurde der Urin wieder eiweißfrei um des ausgesprochenen Deliriums war stets Albuminurie vorhanden das Delirium länger hin, so trat Propeptonurie dazu. Quantitativ ungen der Eiweißmengen fehlen, wie das bei der Größe der vor n Eiweißmengen selbstverständlich war. *Fischer* (47) fand Albu bei Gehirnerschütterung; *Fürbringer* (49) und *Dukes* (48) konsta ei Knaben mit allgemeiner Verstimmung ebenfalls Eiweißausscheidung che für diese Albuminurien, wie sie in den eben erwähnten Zustände , können äußerst mannigfaltige sein. *Köppen* selbst hält für die be n beobachtete Eiweißausscheidung diejenige Theorie für die wahr hste, welche Blutdruckschwankungen als Ursache für derartige Eiweiß dungen annimmt (*Renneberg* und *Posner*). Jedenfalls erscheint e viesen, daß die Peptonurie und Albuminurie in direkte Beziehunge zentralen Vorgängen zu bringen ist und etwas aussagt über die in ich abspielenden Veränderungen resp. Umsetzungen. Speziell von de ie hat man oftmals behauptet, daß sie regelmäßig bei progressive zu finden sei. Ja man glaubte sogar die Peptonurie zur Differential der progressiven Paralyse verwenden zu können. (*Maccabruni* (50)

Digitized by Google

nache die Diagnose der Paralyse unwahrscheinlich. *Klippel* und *Serve*
anden ebenfalls öfters Eiweiß und Peptone bei Paralytikern und *Lai*
tellte fest, daß Peptonurie bei leichten körperlichen Störungen, b
roßen Zahl körperlicher Erkrankungen, bei den verschiedensten
törungen, sei es als Folge der geistigen oder körperlichen Störu
uch bei Paralyse häufig zu finden sei, jedoch am Anfange der Erk
cets fehle. Ich habe in 2 Fällen von progressiver Paralyse im
tadium den Urin mehrfach daraufhin untersucht, ob Albumine od
nosen vorhanden waren, und konnte nicht deren Anwesenheit fe
Was die oben genannten Autoren unter Peptonurie verstehen, e
icht ganz der heutigen Auffassung; jedoch tut das für unsere Frag
ur Sache. Man kann sagen, daß die Albuminurie und Albumosuri
ie es behauptet worden ist, als pathognomonisch für eine psychische
nzusehen ist.

Tuczek (56) fand bei abstinierenden Geisteskranken, *Schäfer*
irkulären Psychosen keine Albuminurie.

Eine weitere Stoffwechselanomalie, die Acetonurie, ist ebenf
sychischen Störungen oft beobachtet worden. Man hat auch diese
iehungen zu Störungen im Zentralnervensystem bringen wollen. Es e
edoch fraglos, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Ac
ur der Ausdruck einer Unterernährung ist, wie das *Siemens* (
Tuczek (59) gezeigt haben. Auf die Mitteilungen *Rivanos* (60),
aralytikern fast immer Aceton gefunden haben will. ist es nicht nöti
inzugehen. *Laehr* (61) fand bei 8 abstinierenden Geisteskranken
ie *Gerhard*sche Reaktion und die *Legal*sche gleichzeitig. Sonst
*egal*sche allein. Die Acetonurie kann bei länger dauernder Karenz
erschwinden.

Über die Glykosurie bei Geisteskranken existieren einige Mitte
Naunyn (62) weist darauf hin, daß das Zusammenvorkommen bei
ungen nach der Verwandtschaft der Anlagen nicht merkwürdig s
äufige Vorkommen von Glykosurie und alimentärer Glykosurie bei
ranken ist eine zur Genüge bekannte Tatsache. Bei Psychosen
eobachtungen in dieser Hinsicht erst neueren Datums. Die Aufstellu
esonderen Form von diabetischer Psychose ist bis jetzt nicht a
Auerbach (63) und *Finder* (64)). Auch die Mitteilungen über Glykos
Delirium tremens sind nicht sehr beweiskräftig (*Bumm* (65)). Daß b
yse Glykosurie häufig vorkommt, wird von *Strauss* (66) und *Bo*
ehauptet. Diese geben einen ziemlich hohen Prozentsatz von Fälle
enen Glykosurie sich fand, während die Zahlen von *Laillier* (
Kreppin (69) niedriger sind. *Naunyn* selbst bringt zu diesem Kapitel
n denen beide Erkrankungen sich komplizierten. *Raimann* (70) h
ine Mitteilung über die alimentäre Glykosurie bei Geisteskranken
eine Resultate waren folgende: *Raimann* wollte feststellen, ob eine

Digitized by Google

ür Dextrose ändern kann. Den Wert der Assimilationsgrenze bestimmt
der Menge Traubenzucker, welche eine Glykosurie von 0,2 bewirk
hnet auf 1 kg Körpergewicht. Bei Idiotie fand *Raimann* die Assim
renze größer als 4,7, bei Melancholikern 1,2—1,9, bei Maniakalische
, bei akuten Verwirrtheitszuständen 2,7—1,4. Die Ursache für dies
n Zahlen bei Melancholikern sieht er in der Verlangsamung de
hsels, besonders deswegen, weil bei Maniakalischen sich entgegen
Werte finden. In Fällen von Paranoia waren die Zahlen der Assim
renze sehr different, welche also weniger auf die psychische Störun
individuelle Verschiedenheiten zurückzuführen sind. Bei Paralytiker
t die Zahl zwischen 0,9 und 4,8, so daß *Raimann* selbst meint, die alimen
kosurie hänge mit dem paralytischen Prozesse nicht zusammen; sucht
ch unter den Fällen diejenigen zusammen, welche eine ähnlich
tionsgrenze hatten, so zeigte sich, daß diese Fälle klinisch insofer
elten, als sie dieselben Affektschwankungen zeigten. Bei maniaka
Paralytikern war die Zahl der Assimilationsgrenze höher, bei depr
tiefer. Bei zirkulär verlaufenden Paralytikern änderte sich di
tionsgrenze je nach dem Stadium der Erkrankung. *Raimann* finde
geschrittener Paralyse die Assimilationsgrenze immer niedriger werden
t daraus den Schluß, daß der Paralyse als solcher ein herabsetzende
auf die Zuckerassimilation zukommt. Auch will *Raimann* gefunde
daß die Assimilationsgrenze in allen günstig verlaufenden Fällen, d.
Dauer und Remission angeht, hoch lag, und macht daraus de
daß dies ein Beweis dafür sei, daß der betreffende Fall wenig zu
ung an Paralyse geneigt sei und eine relativ gute Prognose quoa
estellt werden könne. Interessant ist die Beobachtung, daß nicht di
als solche die Änderung der Assimilationsgrenze bedingt, sonder
stand, ob die Erkrankung mit einem manischen oder depressive
einhergeht. Die Assimilation für Zucker bei Delirium tremens un
r nach dem Ablauf des Deliriums ist nach *Raimann* sehr niedrig
n Drittel der Fälle kam es zu spontanen beträchtlichen Glykosurien
Fällen nur zu einer geringfügigen Zuckerausscheidung. Hier hande
nach dem genannten Autor um eine Stoffwechselstörung, die in
der Rekonvaleszenz der Deliranten auftritt. Die Assimilationszah
sch; selbst im Verlauf eines Vormittags konnten beträchtliche Schwan
konstatiert werden. Dieses Verhalten in bezug auf die alimentär
ie zeigte auch ein Fall von Kokainwahnsinn. *Raimann* machte au
Beobachtungen noch einen andern Schluß, nämlich daß die Amentia
le Demenz, die Paralyse und das Alkoholdelirium mit Stoffwechsel
n einhergehen (Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker) un
diabetische Veranlagung, die darin zum Ausdruck kommt, und di
hen Degenerationspsychosen sich ausschließen, da letztere eine au
che Assimilationsgrenze zeigen.

Digitized by Google

cheidung und die Stickstoffbilanz bei Psychosen zum Gegenstande
olche Arbeiten sind ausgeführt von *Mendel* (71), *Rabow* (72), *Mai*
chterbac (74) und *Tuczek* (75). *Mendel* fand, daß bei chronischen Gehirn
ungen die täglich ausgeschiedene Phosphorsäuremenge relativ und
eringer sei als die des gesunden. Desgleichen fand er bei maniak
rregungen die Phosphorsäuremenge zu den übrigen festen Bestandte
rins vermindert und nur nach apoplektischen und epileptischen Insu
ehrt. Für die Herabsetzung der Phosphorsäure der chronischen
örungen bringt *Mendel* als Erklärung die meist bestehende Heral
er Muskelbewegungen solcher Kranken. Als Zeichen dafür, wie
anze Stoffwechsel eines Paralytikers gestört sei, führt *Mendel* die o
chtete Tatsache an, daß solche Kranke trotz normaler Beschaffenh
rgane, ohne Fieber an Körpergewicht täglich verlieren, obwohl si
lengen von Nahrung nehmen. Diese Beobachtungen bilden für m
usgangspunkt meiner unten mitgeteilten Versuche. Darin, daß bei
alischen Erregungen die Phosphorsäure nicht vermehrt gefunden wi
lendel ein Zeichen dafür, daß dem Gehirn speziell ein Einfluß auf d
echselvorgänge zukommt. Die körperliche Arbeit allein kann nach
ie von ihm gefundenen Phosphorzahlen nicht erklären. Die Untersu
Rabows haben folgende Resultate: Bei melancholischen Kranken
arnmenge vermindert und die Chloride auf ein Minimum reduzi
aniakalischen fand er die Urinmenge vermehrt, ebenso die Ausse
ester Substanzen. Die von *Rabow* gefundenen Zahlen für Harnst
hloride gestatten keine besonderen Schlüsse nach irgend einer R
n Fällen von hochgradiger nicht paralytischer Demenz fand *Rab*
arnstoff und die Chloride nicht entsprechend der aufgenommenen
ermehrt, und er spricht daher von einer Verlangsamung des Stoffw
Rabow erwähnt dann ferner noch, daß einzelne Kranke unabhängig
ahrungsaufnahme oft in kürzester Zeit erstaunliche Zu- und Abnah
örpergewichts bieten, und daß Geisteskranke die Abstinenz viel lä
agen als Gesunde. *Tuczek* hat über den Stoffwechsel der abstin
eisteskranken folgende Mitteilung gemacht (über seine Beobachtun
reffend die Acetonurie und Albuminurie habe ich schon berichtet)
ersuche beziehen sich auf 2 Fälle. Die Reaktion des Urins war stet
ie Indicanurie fehlte bei vollständiger Eiweißkarenz. Die Wassera
n den ersten Tagen nach völliger Abstinenz war eine beträchtliche
ingte die gelegentlich beobachteten Gewichtszunahmen bei Patien
eine Nahrung nahmen, sondern nur Wasser tranken. Die Stick
cheidung betrug am 15. bis zum 22. Hungertage 4,26 g, am 9. bis 28.
ge 4,3 g. Die Chlorausscheidung erreichte die tägliche Höhe von
hosphorsäure verhielt sich zum Stickstoff wie 6 : 1 oder 4,3 : 1. Die St
nd Schwefelsäurekurve heben sich nach der Rückkehr zur Nahru
hme parallel miteinander. Erwähnen möchte ich noch, daß *Tu*

Digitized by Google

sels deutet. *Mairet* und *Schterbac,* deren Untersuchungen wir oben
alen schon eingehend erörtert haben, haben nun auch an Geistes-
Untersuchungen in derselben Richtung angestellt. *Mairet* hat die
ausscheidung, die gesamte Phosphorsäureausscheidung und das Ver-
er an Alkalien gebundenen zu der an Erden gebundenen Phosphor-
timmt. Er findet die Stickstoffausfuhr und die an Alkali gebundene
säure bei maniakalischen Patienten vermehrt. Diese Vermehrung
atürlich in der übermäßigen Steigerung der Muskeltätigkeit ihren
ben, von der festgestellt ist, daß sie diesen Einfluß auf die gesamte
lung hat. *Mairet* besweifelt, daß dieser Umstand allein die Ursache
ehrten Zersetzung ist. In seinen Versuchen fehlen aber die Bestim-
der Phosphorsäure in der Nahrung und in den Faeces. Daher ist
angängig, aus seinen Zahlen sichere Schlüsse zu ziehen und
gefundene Mehrausscheidung der Phosphorsäure ohne weiteres die
e Störung zur Erklärung heranzuziehen. Bei Idiotie und Demenz
iret die Ausscheidung des Stickstoffes herabgesetzt. Er sagt: La
diminue l'élimination de l'azote, de l'acide phosphorique uni aux
de l'acide phosphorique uni aux alcalis. *Mairet* macht aus seinen
n den Schluß, daß „l'aliénation mentale modifie les échanges nutrifis.
ssent au sein du système nerveux". Seine Resultate lassen jedoch
verschiedene Deutungen zu. *Schterbac* fand bei einem Idioten die
bilanz unverändert gegen die eines normalen Menschen; dagegen
in der Phosphorausscheidung desselben Falles, den er fünf Tage
ersuchte, insofern eine Änderung, als die Ausscheidung quantitativ
lend beständig war, wie das beim normalen Menschen kaum vor-
bei welchem die Phosphorzahl sehr beträchtlichen Schwankungen
en ist. *Schterbac* berechnet den Phosphorsäureumsatz auf 56,7%
r und erklärt seine Beobachtung damit, daß die Idioten ein geringeres
bedürfnis haben wegen der geringeren Gehirnmasse und Gehirn-
Die Gleichmäßigkeit der Phosphorsäureausscheidung beruht nach
auf dem Fehlen der Schwankungen der Geistestätigkeit, wodurch
ere Beständigkeit der Ausscheidungen ermöglicht wird. Selbst wenn
zten Schlußfolgerungen nicht ganz zutreffen, so erscheinen diese
inbezug auf die Stickstoff- und Phosphorsäureausscheidung doch
nlich und zuverlässig. Denn Verfasser bestimmte nicht nur die
säure des Urins, sondern auch die der Nahrung und der Faeces.
hat *Schterbac* nur 1 Fall von Idiotie meines Wissens untersucht.
beiten beschäftigen sich mit der Resorption und der Verdauungs-
bei Geisteskranken. *Grabe* (76) fand die Salzsäureabscheidung bei
anken im wesentlichen normal und konnte nur geringfügige Ab-
en konstatieren. Bei maniakalischen fand er eine Hyperazidität,
ysen eine sehr unregelmäßige Säureproduktion. Die Motilität des
ob er bei der Manie als gesteigert an und fand die Stärkeverdauung

Digitized by Google

ie Salzsäureproduktion bei Geisteskranken folgende Angaben: In 1
on Melancholie fand er bald gesteigerte, bald verminderte Salzsäurepro
n 5 Fällen von Manie war dieselbe gesteigert und bei Paralysen un
oikern ergaben seine Untersuchungen keine besonderen Resultate.
uelle Vorgänge haben nach ihm keinen Einfluß, dagegen fand er,
auernden Ausfallserscheinungen auf motorischem und psychischem
ine Abnahme der Salzsäuresekretion eintritt, wie sich das für para
nfälle und bei raschem geistigen Verfall konstatieren ließ. In Fä
tarker motorischer Erregung ist die Salzsäure gesteigert, und dieselbe
ollen nach *Leubuscher* auch katatonische Zustände haben. In spätere
uchungen fanden *Leubuscher* und *Ziehen* (78) bei zunehmendem psyc
nd somatischem Verfall der Paralytiker eine Tendenz zur Hypochlorhyd
elbe Verhalten zeigten funktionelle Psychosen mit nachfolgender
Den depressiven Formen kommt nach den genannten Autoren eine
u hoher Salzsäuresekretion zu, während die motorischen Akte keiner
n dieser Richtung ausüben. *Noorden* (79) fand bei 14 Melancholik
eschleunigte Entleerung des Magens, Hyperazidität, eine genügende
erdauende Kraft und keine Hypersekretion in nüchternem Zustande
Riva (80) hat den Mageninhalt künstlich ernährter Psychose
tunden nach der Einführung der Nahrung untersucht und zwar mit
augen des Magensaftes mit Schwämmen und fand in einigen Fä
ellagra und Stupor die Salzsäureproduktion vermindert. Es läßt
ll diesen Versuchen nur soviel ableiten, daß wohl ein gewisser Ein
sychischen Störungen auf die Sekretionsverhältnisse des Magens vo
st; daß aber eine bestimmte Form psychischer Erkrankung auch eine b
törung auf die Verdauungsorgane ausübe, hat sich nicht zeigen las

Eine große Zahl Arbeiten beschäftigen sich mit dem Nachwe
esteigerten Toxizität des Blutes und des Urins bei Psychosen. Die
ieser Arbeiten sind nicht derart, daß spätere Versuche auf dieselben
ukommen brauchen. Außerdem haben neuere Untersuchungen ja
uf wie schwachen Füßen derartige Untersuchungen über die Toxi
Urins bestehen. Auch die Untersuchungen über Blutveränderun
Psychosen haben bis jetzt nichts zutage gefördert, was einer be
Erwähnung bedürfte.

Besondere Besprechung bedarf nur noch das Verhalten des
ewichts bei Psychosen. Über dieses Thema liegen eine Anzahl
ungen vor. Es fragt sich, inwieweit das Körpergewicht der Geiste
bhängig ist von der Nahrungsaufnahme und den Bewegungsakten,
ich nicht noch andere nervöse Einflüsse nachweisen lassen, welche
halten eines hungernden normalen Menschen von dem eines abstin
Geisteskranken in bezug auf das Verhalten des Gewichtes und d
Ausscheidung wesentlich unterscheiden. Es knüpft sich ferner d
Frage, inwiefern der Ernährungszustand den Ablauf der Psychosen be

Digitized by Google

ıde einer Unterernährung zustande kommen. Sicher ist zunächst die Abstinenz von Geisteskranken, jedoch nicht von allen, länger wird als von normalen Menschen. Daraus machen manche Autoren ß, daß z. B. bei Melancholikern es nicht geboten erscheint Nahrung zuzuführen, da dieselbe von den Kranken instinktiv gemieden wird h Zufuhr derselben ihr Zustand nur verschlimmert werden könnte. chauung, die gegenwärtig nicht mehr zu Recht besteht. Soviel , daß in vielen Fällen die Abstinenz so bedeutende Abnahme der d Kollaps erzeugt, daß die Zuführung von Nahrung geboten erscheint. gerzustand als solcher setzt anatomische Veränderungen im Gehirn 1), *Rosenbach* (82), *Ochotin* (83) und *Mangowski* (84)) und kann das sbild durch Auftreten von Erschöpfungssymptomen modifizieren. ı findet man oft, daß, nachdem einige Zeit der Hungerzustand gut vurde, der Kollaps sehr rasch eintritt, Erfahrungen, die von *Luciani* en gemacht wurden, welcher fand, daß, wenn das Tier 40—45% iheren Gewichtes eingebüßt hatte, der Verfall plötzlich eintritt. Die ng von *Mairet* (85) und *Bose*, nach welcher es eine besondere Gruppe nosen infolge Unterernährung gibt, bedarf erst weiterer Belege.

die gewöhnlichen Erfahrungen über den Parallelismus von Körper- nd psychischer Störung weise ich nur kurz hin, da sie allgemein und sichergestellt sind. Die gewöhnliche Regel, daß mit oder vor nenden Genesung auch das Körpergewicht zunimmt, findet gelegent- Ausnahme, auf welche *Sioli* (86) und *Nasse* (87) hingewiesen haben. ähnt das Absinken des Gewichtes als Zeichen beginnender Genesung . *Nasse* hat schon vor 40 Jahren recht genaue Beobachtungen in das Körpergewicht gemacht, wenn er auch Nahrungsaufnahme und t berücksichtigt hat. Er fand in der Rekonvaleszenz Gewichts- von 1—1½ Pfd. pro Tag; spätere Gewichtsabnahmen in Genesungs- zet er von Zufälligkeiten ab. Ferner meint er, daß eine sehr ge- nahme trotz Genesung sich in jenen Fällen fand, welche bereits erkrankt waren, so daß es den Anschein hat, als ob eine beträcht- ge zu psychischer Erkrankung nicht ohne Zusammenhang mit der geringen Veränderung des Körpergewichtes stehen könne. *Nasse* während 1—2 Jahren mittels Sondenfütterung erhalten. Die gsverhältnisse haben seiner Meinung nach eine wesentliche Bedeu- die Therapie der Psychosen. *Nasse* konnte schließlich die Angabe) nicht bestätigen, daß unter der Opiumbehandlung Geisteskranker chtszunahme von 1 Pfd. pro Tag erzielt werden könne. *Fürstner* (89) Gewichtsabfall von 5—8 Pfd. pro Tag und von 10—13 Pfd. in wenigen Für derartige Gewichtsdifferenzen ist wohl plötzlich eintretender rlust als Erklärung heranzuziehen, wie das unten in meinen Ver- ch gezeigt wird.

Digitized by Google

Eigene Versuche.[1])

Die hier folgenden Versuche, die ich im Laufe vo
zwei Jahren ausgeführt habe, gehen von der oben bereits er
bekannten Beobachtung aus, daß Geisteskranke oftmals trot
licher Nahrungszufuhr nicht an Körpergewicht zunehmen,
abnehmen können, und daß bei Geisteskranken häufig ra
tretende Gewichtsschwankungen vorkommen. Es fragt si
wodurch werden diese Gewichtsschwankungen hervorgerufe
dieselben nur bei Psychosen in dieser Weise beobachtet, un
wir es hier mit einem besonderen Einfluß psychischer St
auf den Stoffumsatz zu tun, oder erklären sich jene G
schwankungen aus denselben Bedingungen, die auch beim
normalen Menschen rasche Änderungen des Körpergewic
anlassen? Die bis jetzt darüber vorliegenden Beobachtun
Versuche geben darüber keine genügende Auskunft.

Zur Erklärung der extremen Gewichtsschwankungen
Geisteskranker können verschiedene Umstände herangezogen
Erstens kann die Resorption vom Darme aus infolge ein
nischen Erkrankung des letzteren gestört sein, oder die
des Magendarmtraktus liegt infolge funktioneller Störun
ihrerseits sehr wohl von der Psychose abhängig sein
danieder, und die Resorption wird dadurch beeinträch
den rasch sich vollziehenden Schwankungen im Wass
des Körpers wird man eine weitere Ursache für die G
schwankungen finden können. Eine vierte Möglichkeit,
nach der Art des Falles in Betracht kommen kann, ist
der gesteigerte Bewegungsdrang und eine vermehrte Wärm
auch eine wesentliche Steigerung des Kalorienbedürfnisses
Es wurde in der Einleitung der Versuche *Speck*s geda
denen hervorgeht, daß auch kleine Bewegungen, Lage
rungen, unbequeme Stellungen, ja leichtes Zittern info
Abkühlung auf den Sauerstoffverbrauch steigernd einwirk

Daß für zahlreiche Fälle die Steigerung der Bew
sei es in Form des Bewegungsdranges, sei es in Form der H

[1]) Über diese Versuche wurde auf der Naturforscherversam

Digitized by Google

gen werden muß, ist sehr wahrscheinlich. Aber man Fälle mit starkem Bewegungsdrang beobachtet, welche und trotz dieser Bewegung an Gewicht zunahmen, und its gibt es Kranke, welche bei vollkommen fehlendem sdrange und bei genügender Nahrungsaufnahme dauernd . In diesen Fällen, welche wohl hauptsächlich unser verdienen, ist an die Möglichkeit zu denken, daß es zu thologisch gesteigerten Stoffumsatz kommt, daß ein Eiweißzerfall stattfindet, wie das für andere pathologische bekannt ist. So ist beim Morbus Basedow der Zustand hrung nicht von dem Zustand der Verdauungsorgane Man beobachtet rapide Abmagerung bei reichlichster aufnahme und vortrefflicher Ausnutzung (*Fr. Müller,*

ählte zu meinen Versuchen akute schwere Fälle, die dem sbilde der Katatonie zuzurechnen waren, und welche auf die Nahrungsaufnahme ausgesprochene Störungen Diese Gruppe von Fällen war, abgesehen davon, daß egonnen hatten, besonders deswegen geeignet, weil bei ade häufig jene raschen Gewichtsschwankungen beobrden, und weil die bei ihnen oft bestehende völlige die Berechtigung zu einer künstlichen Nahrungszufuhr aß eine quantitative Bestimmung derselben ermöglicht Unter diesen Fällen wurden dann nur solche ausgewählt, einerlei körperliche Störungen, speziell nicht von seiten es, boten, welche keinen Bewegungsdrang boten und Deponierung der Exkremente vollkommene Sauberkeit eßen. Bei Kranken der Katatoniergruppe, die diesen ungen genügten, wurde nun, nachdem einige Zeit vorher teilweise abstiniert war (auch was die Wasseraufnahme äglich mehrmals mittels Schlundsonde die quantitativ Nahrung zugeführt und zunächst darauf geachtet, ob ption vom Darme gestört war. Bei dieser Versuchs- konnte man ferner hoffen auf folgende Fragen Antwort en: Gelingt es bei dieser Gruppe von Kranken, welche

Digitized by Google

zeigen, durch künstliche Zufuhr reichlicher Nahrung ein
ansatz zu erzielen und wie groß ist derselbe? Welche M
können den Stoffansatz verhindern? Welches ist die Wirku
längere Zeit durchgeführten Überernährung auf die psy
Störungen? Welches ist die Erhaltungskost solcher Krank
wieweit ist die Wasserretention oder -abgabe an den zu
achtung kommenden Gewichtsschwankungen schuld? Ka
den Stoffwechsel dieser Kranken als retardiert bezeichnen?
sich Änderungen in der Zusammensetzung des Urins der
nährten Kranken feststellen? Geschieht die Einstellung a
stoffgleichgewicht in derselben Weise wie beim Normalen?
es bei diesen Kranken zu einem toxischen Eiweißzerfall?
Verhalten des Körpergewichts und des Urins bei akuter Na
entziehung dasselbe wie bei einem normalen Menschen,
nach Tagen reichlicher Ernährung sich plötzlich jeder
enthält?

Auf einige dieser Fragen können meine Versuche,
fortgeführt werden müssen, Antwort geben. Die Resultat
nur für eine bestimmte Gruppe von Kranken, für die na
verweigernden, stuporösen Katatoniker.

Versuch 1.

Krankengeschichte. Katharina B., 37 Jahre alt. Diagnose: Kat
Stupor mit Nahrungsverweigerung. Die Patientin lag völlig ruhig,
aktiver Haltung am Tage halb aufgerichtet im Bett. Sie leistete W
bei passiven Bewegungen. Sonst bestanden keine motorischen L
Eine Abkühlung des Körpers fand nicht statt. Die Kranke entkle
nicht, deckte sich nicht ab, blieb stets im Bett. In den letzten se
vor dem Versuch nahm die Kranke täglich etwas Milch oder Wasse
die Wasseraufnahme immer noch leidlich im Gange war. Das Körp
war von Anfang Juni bis zum 12. Juni von 63,5 auf 62,2 gesunken
bis zum 17. Juni auf 61,0 herunter. Vom 18. Juni—27. Juni
Kranke mittels Sonde ernährt. Die Sondenfütterung, welche imm
die Nase ausgeführt wurde, erwies sich selbst bei einem so a
Gebrauch als absolut gefahrlos. Ich habe nicht einen einzig
zu beklagen. Schluckpneumonien stellten sich in diesen Fällen
Während der Fütterungsperiode wurden die Kranken in einem b
Zimmer isoliert, so daß beim Sammeln der Exkremente keine
lungen usw. möglich waren. Die Abgrenzung der Faeces fand in de

Tabelle 1.

Gewicht kg	Einfuhr		Urin		Faeces			Bemerkungen
	N.	Kalorien	Menge Spez. Gew.	N.	Menge	N.	Fett	
2,2	—	—	400 (1032)	7,2				Die Kranke nimmt nur einige Tropf. Milch.
1,8	—	—	300 (1032)	8,6				
1,3	—	—	315 (1032)	5,82				
1,0	13,12	1060	1420 (1012)	9,2				Die zugeführte Nahrung besteht in Milch u. Eiern.
1,1	13,5	1005	950 (1018)	10,3				
1,0	12,5	1020	1000 (1023)	7,2	65 g trocken	2,4	5,2	
1,2	12,0	1020	550 (1030)	8,74				Zugeführte Wassermenge pro Tag 1 Liter.
1,4	13,9	1406	336 (1032)	12,7				
1,6	12,64	1773	300 (1031)	11,9	40 g trocken			Kohlehydratzulage.
1,5	14,0	1773	280 (1032)	13,27		7,16	12,8	
1,5	14,31	1773	350 (1036)	10,12				
1,5	13,9	2586	480 (1031)	15,8	72 g trocken			do.
1,4	12,1	2586	480 (1030)	11,9				do.

Urin wurde täglich auf Eiweiß, Zucker und Indican untersucht. lte stets. Leichte Indicanurie bestand immer. Die Zuckerreaktionen negativ aus. Die Kranke nahm vom 28. Juni ab wieder spontan In ihrem Zustande hatte sich nichts geändert. In den ersten Fütterung und zwar vom dritten ab trat eine geringe Zunahme hts ein und zwar von 0,6 kg im allmählichen Anstieg. In dieser ieb die Kalorienzufuhr hinter dem Bedarf zurück. Vom sechsten lieb das Gewicht konstant bei einer Kalorienzufuhr von zunächst ilo, dann 42,0 pro Kilo.

r Stickstoffausscheidung ist das bemerkenswert, daß gleich in den en der Sondenernährung eine beträchtliche Stickstoffretention statt- leich das Kaloriengewicht nicht erreicht war. Es wurden während Versuches retiniert 11,38 g. Die täglichen Stickstoffzahlen zeigen wankungen, die in der ungleichmäßigen N-Zufuhr und in der eit, den Tagesurin genau abzugrenzen, seine Erklärung finden kann. man die Wasserausscheidung mit der Gewichtskurve, so zeigt vom dritten Tage an die Urinmenge sinkt und die Gewichtskurve

n den Faeces gefundenen Mengen von Stickstoff und Fett sind als bezeichnen.

Versuch 2.

xengeschichte. Emil B., 47 Jahre alt. Beginn der Erkrankung 1900 mit depressivem Affekt, Sperrung, Stereotypien, zahlreichen

befindet.

Auf das motorische Verhalten des P. muß noch näher eingegange
P. sitzt halbaufgerichtet ruhig im Bett und behält diese Stelllun
bei. Gelegentlich macht er einige langsame Gänge durch das Zimme
monotones Jammern und Schreien. Nachts liegt P. ruhig im Bett, s
nicht viel. Die Abkühlung des Körpers war in diesem Falle
da P. auch oft neben seinem Bett, nur mit einem Hemde bekle
stand.

Während der Fütterungsperiode lag P. aber dauernd ruhig in
stand nur während der Defäkation auf. In der Gewichtskurve
sich im Laufe der ersten vier Monate seines Spitalaufenthaltes be
Schwankungen. Das Gewicht ging von 71,5 auf 61,6 kg herunte
Gewichtsminimum erreichte P. am 17. Juni, nachdem er vorher
völlig abstiniert hatte und nur etwas Flüssigkeit genommen h
Fütterungsperiode dauerte dreizehn Tage lang.

Tabelle 2.

Datum	Gewicht	Nahrungszufuhr		Urin		Stühlezahl	Bemerkun
		N.	Kalorien	Menge Spez. Gew.	N.		
17. Juni	61,6	16,2	1465	1300 (1018)	9,8	1	Pro Tag durchs
18. Juni	62,8	14,2	do.	850 (1018)	10,5	1	100 g Eiweiß
19. Juni	60,6	13,72	do.	1800 (1018)	12,5	—	87 g Fett
20. Juni	59,7	16,03	do.	1300 (1018)	12,01	—	60 g Kohleh
21. Juni	59,5	15,8	2290	1155 (1018)	13,8	—	2 l Wasser
22. Juni	59,6	16,4	do.	1550 (1017)	22,4 (22,2)	1	Zulage von 200 g Kohleh
23. Juni	59,6	14,17	do.	470 (1028)	5,0	—	
24. Juni	60,0	11,3	do.	1050 (1018)	12,0	- -	
25. Juni	59,7	14,7	do.	1000 (1019)	8,8	1	
26. Juni	60,0	22,4	3615	1050 (1014)	14,2	—	Pro Tag durchs
27. Juni	60,7	23,0	do.	1600 (1017)	17,4	-	140 g Eiweiß
28. Juni	60,7	21,05	do.	1900 (1012)	18,0	- -	410 g Kohleh
29. Juni	60,5	24,72	do.	1550 (1014)	21,5	1	140 g Fett
30. Juni	60,5	do.	do.	Verloren gegangen	?	—	3 l Wasser (3malige Fü

Die zu dieser Fütterungsperiode gehörigen Faeces wurden zu
vereinigt und in gewöhnlicher Weise getrocknet.

Die Sondenernährung wurde also am vierzehnten Tage sist
Kranke zeigte auch jetzt keine Neigung, spontan Nahrung zu ne

trocken	Stickstoff Mittel aus zwei Bestimmungen	Fettgehalt	N.	Fett
165	2,65 g enthalten 0,07 g	12,32 g enthalten 2,39 g	4,36 g	32,0 g
253	2,78 g enthalten 0,064 g	9,99 g enthalten 2,9 g	5,82 g	73,4 g

er zweiten Hälfte des Jahres 1901 hielt sich das Körpergewicht an-
uf der gleichen Höhe (58—60 kg), erreichte am 2. Januar 1902 die
65,5, sank dann aber rasch ab.
ar bis jetzt zwangweise mit Löffel durch die Krankenschwester er-
den. Die zugeführte Nahrung konnte nicht genau bestimmt werden
s Widerstandes des Patienten bei dieser Art der Ernährung. Das
vicht betrug am 28. Januar nur noch 58 kg, am 29. Januar 56,9.
anuar bis zum 12. Februar wurde dem P. wieder mittelst Sonde die
verabreicht. In diesen Versuchen habe ich mich darauf beschränken
len N-Gehalt und Fettgehalt der Stühle zu bestimmen, da in dem
ven Auffangen des Urins sich Schwierigkeiten einstellten.

Tabelle 4.

	Gewicht	Nahrungszufuhr N.	Nahrungszufuhr Kalorien	Stühlezahl	Bemerkungen
·	58,0	—	—	—	
·	56,9	—	—	—	
·	56,7	15,8	1464	—	Die mittels Sonde eingeführte
·	56,7	23,1	2385	1	Nahrung bestand aus Milch
ar	56,7	do.	do.	—	und Eier (31. Wasser)
ar	56,7	20,8	3615	1	Zulage von Kohlehydraten (300
ar	57,0	dto.	dto.	1	Gramm Zucker pro die)
ar	57,8	dto.	dto.	—	Zulage von 100—120 g Fett
ar	57,8	22,3	4510	—	pro die
ar	57,9	do.	do.	1	
ar	57,8	do.	do.	—	
ar	57,7	do.	do.	—	
ar	57,7	do.	do.	—	
ar	58,0	do.	do.	—	
ar	57,2	—	—	1	Abstinenz
ar	56,8	—	—	—	

zu dieser Fütterungsperiode gehörigen Faeces wurden zu drei Partien
und analysiert.

Faeces	Trocken	Stickstoff Mittel aus zwei Bestimmungen	Gesamtmenge	Fett
1 2 3	120	0,709 g enthalten 0,029 g N.	4,9	8,07 g enthalten 1,93 g
4	42	1,235 g enthalten 0,0441 g N.	1,5	?
5	185	1,18 g enthalten 0,0478 g N.	11,5	12,34 g enthalten 3,99 g

Da der Urin während der ganzen Fütterungsperiode eine Indicanreaktion gab, wurde an mehreren Tagen das Verhältnis der Schwefelsäure zum Sulfatschwefel bestimmt (Methoden *Salkowski*). I gefunden: am 5. Februar 2,67 Schwefelsäure (davon 0,135 an In bunden); am 6. Februar 3,01 Schwefelsäure (davon 0,281 gebun 7. Februar 2,30 Schwefelsäure (davon 0,24 gebunden). Das Verh Schwefelsäure zu der Ätherschwefelsäure war nicht gegen die Norm Zu einer spontanen Glykosurie kam es in keinem Falle. Eine alimentä surie e Saccharo, auf welche in der gewöhnlichen Weise geprüft wurde, 9.—11. Tage des Versuches nachgewiesen werden. Jedoch waren geschiedenen Zuckermengen, welche nur mit der *Fischer*schen Pro gewiesen werden konnten, so gering, daß sie kaum als ein nenn Verlust in Anrechnung gebracht werden können. Die Assimilationsg Zucker war als normal zu betrachten.

Das Körpergewicht zeigte nun in der folgenden Zeit, in we Kranke anfing spontan geringe Mengen von Nahrung zu nehmen, im Krankheitsbilde eine Änderung eintrat, sehr auffallende Schw und es wurden bald nach dieser Periode künstlicher Ernährung in Tagen Gewichtszunahmen konstatiert, wie sie durch die dem Kranken zugeführte Mastnahrung in dem entsprechenden Zeitraume nicht zu gewesen waren. Diese Gewichtszunahme (vgl. Tabelle 6) fällt zusa einem starken Rückgang der intellektuellen Funktionen.

Tabelle 6.

1902	1.	8.	15.	23.
Februar	57	56,6	58	57,6
April.....	58,0	60,2	62,5	—
Juni	57,0	58,0	62,3	65,1
September...	61,5	65,3	65,9	68,3
Oktober	71,5	73,0	73	72,1
November ...	73.6	74,0	78,6	—

Die im Beginn der ersten Fütterungsperiode auftretenden

Digitized by Google

nk das Gewicht konstant langsam, machte keine plötzlichen Schwa
mehr durch und blieb auf gleicher Höhe, als durch eine Kohl
lage von 820 Kalorien pro Tag das Kalorienbedürfnis gedeckt sei
Eine beträchtliche Gewichtsschwankung am 24. Juni ließ sich eb
eine plötzliche Änderung der Tagesmenge des Urins zurückführe
itere Steigerung der Kalorienzahl auf 59 pro Kilo, mit welcher ab
ne bedeutende Vermehrung der Wasserzufuhr verbunden sein mußt
ein plötzliches Ansteigen des Körpergewichts von 60 auf 60,7 k
m ersten Tage, an welchem diese reichlichere Nahrung geboten wurd
ob sich das Gewicht nicht mehr, obwohl die gleich große Nahrung z
wurde. Der Erfolg dieser vierzehntägigen Fütterung war also der, da
ergewicht des letzten Fütterungstages um 1,1 kg hinter dem des erste
urückblieb. In der zweiten Fütterungsperiode fehlte die anfänglich
sschwankung. Der Kranke hatte vor der Fütterung täglich klein
von Flüssigkeit genommen, so daß das Wasserbedürfnis zu Begin
suches gedeckt war. Das Körpergewicht blieb vom ersten Tage a
. Die Größe der Nahrungszufuhr war so gewählt, daß schon a
Tage das Kaloriengleichgewicht erreicht war. Eine weitere Zulag
lehydraten während drei Tagen bewirkte ein Steigen des Körpe
es um 1,1 kg. Dann blieb das Gewicht konstant, ging etwas he
bwohl in den folgenden acht Tagen die Zahl der zugeführten Kalorie
pro Kilo gesteigert wurde. Am zweiten Tage nach dieser Fütterung
war das Gewicht wieder auf demselben Niveau wie vor de

ese Gewichtszahlen gewinnen erst dann eine Bedeutnng, wenn ma
leicht mit der Gewichtszunahme, die einige Zeit nach dieser Fütt
riode bei spontaner Nahrungsaufnahme beobachtet wurde. Hier fan
e Zunahme des Körpergewichtes von 3—4,6 kg innerhalb eines Zei
von sieben Tagen, obwohl die Nahrungsmenge während dieser Ze
ter der zurückblieb, die in der sechstägigen Fütterungsperiode gegebe
Die Stickstoffausscheidung in den letzten beiden Versuchen zeigt ei
s Verhalten wie im Falle 1. Vom ersten Tage ab fand eine sel
liche Stickstoffretention statt, die auch am Ende der Fütterungsperio
ch nachweisen ließ. Auch an den Tagen, an denen das Kalorie
wicht noch nicht erreicht war, wie in den vier ersten Tagen d
es 2 (Tabelle 2), zeigte der Organismus das Bestreben, Stickstoff z
n. Es ergab sich eine durchschnittliche Stickstoffretention von 2,7

Tuczek hat in seinen beiden Fällen, deren Stoffwechsel er in d
gsperiode von völliger Karenz zur spontanen Nahrungsaufnahme unte
aus der Stickstoffretention einen täglichen Ansatz an Muskelfleis
)—400 g berechnet. Die dabei gleichzeitig auftretenden Gewicht
bezog er auf Wasserabgabe infolge nicht gedeckten Wasserbedarfe

nicht sicher.

Die Untersuchung der zugehörigen Faeces ergab im Versuc täglichen Stickstoffverlust von durchschnittlich 0,78 g und einen F von 8,17 pro die. Für die letzten fünf Tage der ersten Fütterun würde dies einen Fettverlust von 9,0% bedeuten (Faeces II), für Hälfte des Versuches von 4,08% (Faeces I). In der zweiten F periode gestalteten sich die Fettverluste in den Faeces der letz Fütterungstage, an denen der Kranke 78 Kalorien pro Kilo erhielt, günstiger. Die wiedergefundenen Fettmengen betrugen 9,96 g pro bedeutete bei der in diesen Tagen gesteigerten Fettzufuhr aber e Verlust von 4,1%.

Versuch 3.

Es handelt sich um einen 32jährigen Mann, der am 14. Apri akuter Psychose mit zahlreichen Sinnestäuschungen erkrankte. Am wurde er in die Klinik aufgenommen. Am 19. April wurde k Starker Bewegungsdrang wechselt ab mit plötzlichem Verharren in S Grimmassieren, Schnauzkrampf. Völliger Mutazismus. Passiven Be setzt P. lebhaften Widerstand entgegen. 20. April: Von heute ab motorische Betätigung. P. liegt ausgestreckt im Bett, ohne auch einzige Bewegung auszuführen. Passiven Bewegungen setzt er betr Widerstand entgegen. Die Lage des Körpers auf der Unterlage so, daß eine nennenswerte Muskelleistung notwendig war, um sie inn Die Extremitäten lagen genau der Unterlage an, so daß von eine Körperhaltung keine Rede war. Beim Versuch, die Augen passiv schließt P. die Lider fest. Völliger Mutazismus und völlige Abstine dieses Zustandes konnten die Exkremente quantitativ gesammelt 24. April: P. hat bis heute, also zehn Tage, völlig abstiniert und nur Mengen von Flüssigkeit genommen. Er sieht hochgradig verfallen Puls ist klein, die Extremitäten kühl. Es wurde zur künstlichen E geschritten, welche vom 25. April bis 5. Mai durchgeführt wurde.

Die Stickstoffeinfuhr habe ich aus Mangel an Zeit nur an de sechs Tagen bestimmen können. Die Faeces, die zu der Fütterun gehörten, wurden gemischt. Der tägliche Stickstoffverlust betr schnittlich 1,5 g, der tägliche Fettverlust 4,58 g. Es gelang also Falle. durch Zufuhr der gleichen Mastnahrung wie im vorigen Vers Zunahme des Körpergewichts um 7,5 kg zu erzielen und zwar auch Zeitraum von 11 Tagen. Die Gewichtskurve zeigte am ersten Tag eine Anstieg um 2,2 kg. Dann stieg das Körpergewicht im Gegensat anderen Versuchen langsam an: es fehlte jede plötzliche Gewichtssch und die Urinmenge hielt sich vom vierten Tage an ungefähr auf Höhe (ausgenommen am sechsten Tage). Auch die Stickstoffaus zeigte keine so großen Schwankungen wie in dem vorigen Vers

Digitized by Google

Tabelle 7.

Gewicht	Nahrungszufuhr (Kalorienzahl)	Urin	N.	Faeces	Bemerkungen
51,2	ca. 1450	650 (1025)	18,3	—	—
53,3	ca. 2380	630 (1026)	17,62	—	—
54,0	do.	420 (1030)	13,4	—	—
54,3	ca. 4500	900 (1030)	?	—	—
55,1	do.	970	13,76	100 g trocken	Starker Schweißausbruch nach jeder Fütterung.
	N.				
56,1	23,2 do.	1550 (1018)	17,98	30 g	do.
56,9	20,1 do.	855 (1017)	16,03	—	do.
56,3	24,08 do.	900 (1016)	19,31	60 g	do.
56,6	23,8 do.	955	20,37	30 g	Profuse Schweiße
57,7	25,76 do.	830 (1018)	21,70	—	do.
58,8	20,32 do.	800 (1018)	22,6	70 g	do.

n durchschnittlich 1,7 g pro die retiniert. Da der Kranke zehn völlig abstinierte, so war der Wasserbedarf ein sehr großer. Um ick darin zu bekommen, wie groß in solchen Fällen die durch ahme allein bedingte Zunahme des Körpergewichts ist, ließ ich en, welcher nach wie vor jede Nahrung verweigerte, im direkten n die Fütterungsperiode acht Tage lang ohne jede Nahrung und Wasserzufuhr.

Körpergewicht ging rasch während dieser Zeit herunter (vergl.

Tabelle 8.

5. Mai	6. Mai	7. Mai	8. Mai	9. Mai	10. Mai	11. Mai	12. Mai	13. Mai
58,7	57,8	55.7	54.8	53,8	52,0	51,8	51.0	50.0
800	880	665	550	530	470	420	420	390
13,2	12,3	12,3	—	—	—	—	8,2	6,7

Einbuße an Körpergewicht in dieser akuten Hungerperiode betrug ,5%. Diese Zahlen sind sehr hoch im Vergleich zu den Zahlen buße an Körpergewicht im akuten Hungerzustande des Gesunden. e lag während dieser Abstinenzzeit vollständig ruhig im Bett. Er e aktive Körperhaltung ein, so daß seine Muskeltätigkeit auf ein eduziert war. Der Wärmeverlust war sehr gering, da der Kranke ltig zudecken ließ. Die Stickstoffausscheidung habe ich in den

Magensonde Wasser zugeführt, dem etwas Kochsalz zugesetzt war.

Tabelle 9.

Datum	Gewicht	Einfuhr	Urin	Faeces	Bemerk
13. Mai	50,0	1000 cm³ Wasser	390 (1020)	—	
14. Mai	50,3	2000 cm³	490 (1022)	—	Es fehlt jede duktion.
15. Mai	52,3	2000	695 (1018)	—	P. hebt geb Arme u. öff
16. Mai	52,6	2000	705 (1020)	—	
17. Mai	53,3	2000	805 (1019)	—	P. geht ohne einigemal Zimmer.
18. Mai	54,0	2000	1000 (1016)	205 feucht 50 trocken	
19. Mai	55,3	2000	1615 (1616)	—	
20. Mai	54,3	2000	1700	—	
21. Mai	55,1	2000	1500 (1016)	—	Oedeme an Füßen.
22. Mai	55,5	2000	1650	—	
23. Mai	55,7	2000 cm³ Milch	1400	—	P. spricht ein
24. Mai	53,8	2000 cm³ Milch	1620	—	
25. Mai	52,8	2000 Milch	2235	—	P. beschäftig Abteilung.
26. Mai	52,1	1000 Wasser do.	1850	—	Mutazismus
27. Mai	51,0	do.	2100	—	

In der nun folgenden Periode vom 27. Mai bis 23. Juli ging d
langsam auf 49 kg herunter. P. erhielt während dieser Zeit sein
täglich mit der Magensonde. Vom 15. Juli ab entschloß er sich zu
Nahrungsaufnahme. Das Gewicht hob sich zunächst nur wenig.
betrug es 50 kg. Nun folgte aber die auffallende Beobachtung,
Zeit vom 23. Juli bis 12. August das Gewicht von 50 kg auf 65
Am 30. Juli betrug das Gewicht 54,2 kg; am 6. August 59,2 kg; am
65,2 kg. P. konnte an diesem Tage entlassen werden, da ein
Remission in der Psychose aufgetreten war. Zu bemerken ist
während dieser Zeit, in welcher der Kranke spontan Nahrung zu
die Menge der zugeführten Nahrung hinter der bei der Füttern
eingeführten zurückblieb und daß P. während dieser Zeit freiwillig
auf der Abteilung arbeitete. Der letzte Versuch zeigt, wie gro
kungen des Gewichtes allein auf Wasserretention zu beziehen
Gewicht stieg in dieser Periode der Wasserzufuhr um 5,3 kg. Daß

n verschiedenen Körperstellen, was bei den andern Versuchen nie wurde, und ferner der Umstand, daß, als die Wasserzufuhr mit chen Quantum von Milch vertauscht wurde, ein rasches Absinken s zustande kam, obwohl die Flüssigkeitszufuhr während der letzten um 1000 ccm gesteigert wurde.

Versuch 4.

in diesem Falle beabsichtigte Stoffwechselversuch konnte nicht rt werden, da es schon in den ersten Tagen unmöglich wurde, die quantitativ zu sammeln. Der Versuch erscheint mir aber deshalb lenswert, weil bei diesem Kranken trotz reichlichster Zufuhr von ährend Monaten ein dauerndes Sinken des Körpergewichts nicht werden konnte.

heitsgeschichte: Georg H., Müller, 50 Jahre alt. Diagnose: Kata-Stupor. Die Diagnose gründete sich auf folgende Symptome: n kurzen Stadium ängstlicher Verwirrtheit folgt ein ausgesprochener zahlreichen Bewegungsstereotypien, Einförmigkeit der Körper-rbigerationen, energischem Widerstand gegen jede passive Bewegung, und mehr oder weniger vollständiger Abstinenz. P. liegt im Bett, itäten und ebenso die Rumpfmuskulatur befinden sich dauernd in en, oft unbequemen Lage. Diese aktive Haltung wird auch nachts en. Der Schlaf ist meist gestört. Gelegentlich steht P. auch neben n irgendeiner Stellung, die er dann dauernd einzunehmen pflegt. kleidet er sich. Bewegungsdrang fehlt dauernd vollständig. Ferner tient keine Zeichen einer körperlichen Erkrankung, speziell auch des Darmes nicht. Die Krankheit dauerte vom 25. Juli bis r 1901. In dem Krankheitsbilde trat in der ganzen Zeit keine g auf. Die Sektion ergab vollständig normalen Befund an allen bgesehen von Fettschwund und Trockenheit aller Organe. Die belle und die Tabelle der Nahrungszufuhr gestalteten sich folgender-dem Monat Juli ging das Gewicht von 50,4 auf 47,5 herunter.

(Siehe umstehende Tabelle 10.)

r Versuch lehrt nur soviel, daß in einem Falle von Katatonie mit stinenz durch monatelang durchgeführte künstliche Ernährung, die en längere Zeit hindurch in Überernährung hielt, nur in den ersten Gewichtszunahme von 9 Pfund erzielt wurde, daß aber dann rführung der künstlichen Ernährung das Gewicht konstant abnahm ßlich der Tod in völliger Erschöpfung erfolgte. Es fehlte in dem Störung von seiten des Darmes. Es bestanden nie Durchfälle. befanden sich bei der Sektion nur mäßige Mengen von normalen

Digitized by Google

Datum	Gewicht in Kgr.	Einfuhr	Bemerkung
8. Juli	50,4	P. nimmt nur geringe Mengen v. Wasser oder Milch	
10. Juli	50,0		
25. Juli	47,5	Völlige Abstinenz auch für Wasser	
29. Juli	47,2		
30. Juli	48,0	115,0 g Eiweiß 100 g Fett 90 g Kohlenhydrate 36 Kalorien pro Kilo	Sonderernährung t mal
31. Juli	49,5	175 g Eiweiß 155 g Fett 135 g Kohlenhydrate 54,7 Kalorien pro Kilo	Sonderfütterung tä mal
8. August	51,7	do.	do.
16. August	47,6	175 g Eiweiß 155 g Fett 435 g Kohlenhydrate 82,8 Kalorien pro Kilo	Sonderfütterung tä mal
25. August	44,5	do.	do.
10. Septbr.	44,5	175 g Eiweiß 155 g Fett 435 g Kohlenhydrate 82,8 Kalorien pro Kilo	Sonderfütterung tä mal
24. Septbr.	44,7	do.	do.
2. Oktober	43,5	do.	P. entkleidet sich steht neben sein
9. Oktober	41,5	Einfuhr wieder auf ca. 40 Kalorien pro Kilo reduziert	do.
15. Oktober	40,0	do.	
31. Oktober	38,0	do.	Fütterung sistiert
1. Novbr.	38,0	—	do.
2. Novbr.	38,0	—	do.
3. Novbr.	37,8	—	Kochsalztransfusio
4. Novbr.	37,6	—	
5. Novbr.	37,3	—	
6. Novbr.	—	—	Exitus

Ein eigentlicher Bewegungsdrang fehlte auch in diesem Fall ist doch möglich, daß durch die Haltungsstereotypien ein sehr betr Quantum von Muskelarbeit mehr geleistet wurde, namentlich auch

chtliche Abkühlung des Körpers durch Entkleiden stattfand, so daß oft am ganzen Körper zitterte. In diesem Falle haben also ein Muskelarbeit und eine stärkere Abkühlung des Körpers bei dem edürfnis wesentlich mitgespielt, was in den vorigen Versuchen nicht var.

Zusammenfassung.

in diesen Versuchen gemachten Beobachtungen lassen endermaßen kurz zusammenfassen: Die Dauer der Fütte- ioden schwankte zwischen acht Tagen und zwei Monaten. anken wurde zwei- oder dreimal die Nahrung mittels egeben. Keiner der Kranken hat durch diese lange durch- n Sondierungen irgend Schaden genommen. Das Quantum eführten Nahrung war verschieden. In einem Falle wurde Kalorien pro Kilo begonnen. Später wurden 54 und ien gegeben. Die Zusammensetzung der Kost war 175 g 155 Fett und 435 g Kohlehydrate. In einem anderen rde die Kalorienmenge auf etwa 4400 pro Tag erhöht. rungsgemisch bestand aus Milch, Eiern, Zucker und Koch- ie Spitalmilch zeigte eine sehr wechselnde Zusammen- und so war es notwendig, täglich Stickstoffbestimmungen ben zu machen. Für täglich ausgeführte Fettbestimmungen h reichte die Zeit nicht. Eier und Zucker wurden ge- Die Kalorienzahlen sind wegen der mangelnden Fett- ungen in der Milch nur approximativ, aber jedenfalls eher g als zu hoch berechnet. In den Faeces wurden nach chen Methoden Stickstoff- und Fettbestimmungen gemacht. wurde täglich auf alle in Frage kommenden Substanzen nt und der Gesamtstickstoff bestimmt. Die Wägungen nken habe ich selbst täglich vorgenommen. Es waren he Kranken, die dauernd im Bett lagen, und bei denen an Muskelarbeit nur dadurch bedingt wurde, daß sie ne Stellungen resp. passive Bettlagen einnahmen. Die waren stets isoliert.

Resorption der Eiweißkörper war in keinem Falle nennens- tört. Die Stickstoffverluste in den Faeces betrugen 1 bis

Digitized by Google

eine gestörte Resorption, wenn man als die Norm annimmt
nicht mehr als 4—6% bei einer Einfuhr von 80—100
verloren gehen dürfen. Bei einer Fetteinfuhr von 87—140 g
und darüber sind Verluste von 7—9% als pathologisch
zeichnen, zumal da die Resorptionsverhältnisse wegen der Sch
freiheit der Nahrung sich besonders günstig gestalten muß
den anderen Versuchen war die Fettresorption ungestö
Darmentleerung war in allen Fällen etwas verzögert, w
Teil wohl auf die eben genannte Beschaffenheit der
zurückzuführen ist, deren Schlackenfreiheit die Peristal
zögert. Eine Störung der Magentätigkeit konnte, was d
lität angeht, nicht konstatiert werden, und selbst in den Ve
in denen große Quantitäten von Nahrung dreimal am Tag
ständen von vier Stunden eingeführt wurden, wurde der
bei der zweiten und dritten Fütterung stets leer gefunden
Untersuchung des Magensaftes ist in diesen Fällen wegen de
standes der Patienten mißlungen. Eine Darmerkrankung
allen Fällen auszuschließen, Auch Zeichen einer auff
Darmfäulnis fehlten stets. Zwar trat beim Einsetzen der
lichen Ernährung stets eine leichte Indikanurie auf; doch
sich in den Versuchen des Falles Nr. 2 das Verhältnis
paarten Schwefelsäure zu dem Sulfatschwefel als ein n
Eine spontane Glykosurie wurde nie beobachtet. Die ali
Glykosurie war eine geringfügige. Die Assimilationsgre
Dextrose war normal. Eine wesentliche Störung der Mag
tätigkeit ließ sich also bei diesen abstinierenden Kranken nic
weisen. Die Fettverluste in den Faeces fallen bei der Gr
Nahrungszufuhr noch kaum ins Gewicht. In allen Versuchen
nun eine beträchtliche Stickstoffretention beobachtet werden
zwischen 1—2 g pro Tag schwankte. Dieselbe trat auch dann e
das Kaloriengewicht in den ersten Tagen des Versuchs no
erreicht war, und das Körpergewicht zunächst noch etwas h
ging. Die Kranken verhielten sich also, was die Stickstoffr
anging, wie jene Menschen, welche nach länger dauern
nition zu einer reichlichen Nahrungsaufnahme übergehen,
denen die Regenerationsenergie der Zellen und das Be

fretention auf eine Zunahme des Muskelfleisches zu be-
st, ist keineswegs erwiesen, selbst in Fällen nicht, in
ie retinierte Eiweißmenge sehr groß war. Eine Stickstoff-
wurde auch in den Fällen konstatiert, in denen eine
werte Zunahme des Körpergewichts vollständig ausblieb
Gewicht infolge gestörten Kaloriengleichgewichts noch
ng. Die Annahme, daß das retinierte Eiweiß nur eine
des zirkulierenden Eiweißes (wie es *Voit* nennt) bewirkt
Reservematerial (wie es *Noorden* nennt) zurückbehalten
t Organeiweiß wird, ist viel wahrscheinlicher als die-
daß aller retinierter Stickstoff gleich als Muskelfleisch
wird.

toxischer Eiweißzerfall hat sich weder während der
it noch in der Fütterungsperiode nachweisen lassen. Die
verluste während der Karenzzeit waren sehr niedrig, wie
ek seinerzeit bereits bei 2 Kranken fand, die längere Zeit
hatten.

das Verhalten des Körpergewichts der Patienten angeht,
ächst zu sagen, daß alle plötzlichen und sehr auffallenden
schwankungen fraglos auf Änderungen im Wassergehalt
ers zu beziehen sind. Ich habe das durch einen be-
Versuch bei dem Kranken Nr. 3 zu zeigen gesucht,
nach einer Periode der Sondenernährung wieder voll-
bstiniert hatte, und dessen Körpergewicht vom 5.—13. Mai
kg auf 50 kg heruntergekommen war (bei vollkommener
und passiver Bettlage). Die Einbuße an Körpergewicht
r akuten Hungerperiode betrug also 1,5—3,5 %. Diese
ind hoch im Vergleich zu der Einbuße an Körpergewicht
ten Hunger der Gesunden. Diesem Kranken wurde nun
—22. Mai täglich 2000 ccm Wasser mit etwas Kochsalz
. Das Körpergewicht ging am ersten Tage von 50 kg
kg in die Höhe und stieg dann kontinuierlich auf 55,5 kg.
leichte Oedeme auf, und plötzlich ging das Körpergewicht
vier Tagen auf 51 kg herunter, obwohl die Wasserzufuhr
ne blieb. In den andern Fällen zeigten sich solche auf-
Gewichtsschwankungen auch nur in den ersten Tagen der

Digitized by Google

tierende Gewichtszunahme überhaupt auf einen Stoffans
nur auf eine Wasserretention zu beziehen war. Es läßt
nicht ohne weiteres entscheiden. Aber selbst wenn die
der Darreichung von Mastnahrung konstatierte Gewichts
einen Stoffansatz bedeutet, so ist derselbe ein minimaler
hältnis zu der enormen Zunahme des Körpergewichts sp
der Zustand der Kranken sich änderte und dieselben zur s
Nahrungsaufnahme übergingen. Das Körpergewicht des
welchem nur Wasser zugeführt war, ging vom 27. Mai
während täglicher Sondenernährung von 50 auf 49 kg
Am 23. Juli fing er an, wieder spontan zu essen, und
das Körpergewicht vom 23. Juli bis 13. August um 15 k
Höhe, obwohl der Kranke in diesen drei Wochen eifrigst g
hatte, während er vorher zur Zeit der Fütterung ruhig
lag. Bei dem Kranken Nr. 2, welcher während einer Fü
periode von vierzehn Tagen nicht an Gewicht zugenomm
stieg das Gewicht später während spontaner Nahrungsa
in derselben Zeit um 30 Pfund.

Schließlich gibt der letzte Fall ein Beispiel dafür, da
Fälle von Katatonie bei reichlichster künstlicher Nahrun
zugrunde gehen können. In diesem Falle begann die F
am 30. Juli bei einem Gewicht von 48 kg. Am 31. Jul
dasselbe 49,5 kg, am 8. August 51,7 kg bei einer Zuf
54,7 Kalorien pro Kilo. Von diesem Zeitpunkt an ging das
dauernd herunter, obwohl die Fütterungen vom 8. Juli—8
fortgesetzt wurden; die täglich zugeführte Nahrung bet
Kalorien. Am 9. Oktober betrug das Körpergewicht n
41,5 kg und der Tod erfolgte einige Tage darauf.

Die Sektion (Prof. *v. Recklinghausen*) ergab vollstän
male Organe, und im Darm fanden sich nur spärliche
normaler Faeces. Diese Tatsachen kann man wohl kaun
erklären, als so, daß die Regenerationsenergie der Gewebe
einer bestimmten Periode der psychischen Erkrankung resp
derselben so gestört ist, daß man selbst mit Mastnahru
imstande ist, bessere Ernährungsverhältnisse zu schaffen.

Digitized by Google

ermeister, Pathologie und Therapie des Fiebers. 1875. S. 196.
fft-Ebing, Lehrbuch. 1870.
t, Handbuch, *Hermann*. Bd. VI Teil I S. 209.
mann, Handbuch. Bd. II Teil I S. 141.
mann, Lehrbuch. 9. Aufl. S. 375.
mann, Lehrbuch. S. 45 f.
ndt, Grundzüge der physiologischen Psychologie. 1880. Bd. I S. 41, 4
nzer, Experimentelle Studien über die Einwirkung geistiger Tätigke
uf den Harnstoffwechsel. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie. 190
left 2.
ck, Untersuchungen über die Beziehungen der geistigen Tätigkeit zu
toffwechsel. Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie. 1882. X
. 81—145.
ck, l. c.
z, Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie VI S. 310—317.
ham, zitiert nach *Speck*. L. c. S. 90.
so u. *Giacomo*, Zentralbl. f. d. med. Wissenschaft. 1877. S. 343—34
nk, Med. Jahrb. 1876. IV.
ch, Med. Jahrb. 1876. IV.
nnhoffer, Pflügers Archiv Bd. 19. 1879. S. 254—262.
e, Allgemeine Physiologie und Anatomie des Nervensystems. 190
. 321.
mond, zitiert nach *Speck*. L. c. S. 95.
k, l. c. S. 97.
nk, Über den Einfluß der Muskelarbeit auf die Eiweißzersetzun
rch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie Bd. II S. 21—31.
ner, Beiträge z. Phys. Festschrift für *C. Ludwig*. 1887. S. 259—26
y, Berlin. klin. Wochenschr. 1891. S. 434.
t, Physiologie des Stoffwechsels.
hr, Einfluß des Schlafes auf den Stoffwechsel. Zeitschr. f. Psyc
d. 46 S. 286.
el, zitiert nach *Speck*. L. c.
hke, Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie Bd. VII S. 115—124.
kler, Über den Schlaf. Zitiert nach *Speck*. L. c. S. 108.
veig, Untersuchungen über die periodischen Vorgänge. 1843.
k, l. c. S. 114.
Breed, Annalen der Chemie u. Pharmakologie Bd. CL.
cker, Arch. f. gemeinsch. Arbeiten Bd. II.
hoff, Zeitschr. f. Biologie Bd. III S. 309.
er, Virchows Arch. Bd. LXVI S. 223, 282 — Beiträge z. Medizina
tatistik. 1878. Heft 3 S. 101—155.
hr, l. c.

Digitized by Google

56. *Huschke*, zitiert nach *Speck*. L. c. S. 117.
57. *Strübing*, Phosphorsäure im Urin unter dem Einfluß oxydierende Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie Bd. VI S. 266—278.
58. *Forster*, Zeitschr. f. Biologie Bd. IX. 1873. S. 297—410.
59. *Noorden*, Pathologie des Stoffwechsels. 1893.
60. *Mainzer*, Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie. 1902. Heft 2.
61. *Rosemann*, Verlauf der Stickstoffausscheidung beim Menschen. Arch. Bd. LXV S. 343—392.
62. *Mairet*, Archives de Neurologie. 1885.
63. *Mairet*, Comptes rendus. 1884. S. 282, 461, 438.
64. *Schterbac*, Neurolog. Zentralblatt Bd. X. 1891.
65. *Luciani*, Das Hungern. 1890.
66. *Köppen*, Über Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen. Psych. Bd. XX S. 825—895.
67. *Fischer*, Volkmanns Sammlung Heft 27.
68. *Duches*, Brit. med. Journal. 1878. S. 794.
69. *Fürbringer*, Zeitschr. f. klin. Medizin Bd. VIII. 1880.
70. *Maccabruni*, zitiert nach Neurolog. Zentralblatt. 1886. S. 114.
71. *Mosso*, Annali di Freniatria. 1888. Bd. I. (Vgl. Neurolog. Zen
72. *Fronda*, La Peptonuria nei paralytici.
73. *Turner*, Journal of mental science. 1889 Oktober. S. 342—356
74. *Klippel* u. *Serveaux*, Archives de Neurologie. 1894. S. 327 u. 3
75. *Laillier*, Annales médico-psychologiques. 1894. Bd. I S. 27—41
76. *Tuczek*, Mitteilung von Stoffwechselversuchen bei abstinierenden kranken. Arch. f. Psych. Bd. XV S. 784—799.
77. *Schäfer*, Neurolog. Zentralblatt. 1882. S. 197.
78. *Siemens*, Neurolog. Zentralblatt. 1884. Nr. 18 — und Arch. Bd. XIV, XV.
79. *Tuczek*, l. c. S. 788.
80. *Rivano*, Neurolog. Zentralblatt. 1889. S. 145.
81. *Lachr*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLIV S. 496.
82. *Naunyn*, Diabetes S. 282. 68.
83. *Auerbach*, Deutsches Arch. f. klin. Medizin Bd. XLI S. 495.
84. *Finder*, Psychose und Diabetes. Diss. Berlin.
85. *Bumm*, Berl. klin. Wochenschr. 1891. S. 1882.
86. *Strauss*, Deutsche med. Wochenschr. 1897. S. 275 u. 310.
87. *Bond*, Zentralblatt f. Nervenheilkunde. 1896. S. 307.
88. *Laillier*, Glycosurie chez les aliénés Paus. 1809.
89. *Greppin*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLVI.
90. *Raimann*, Wiener klin. Wochenschr. 1901.
91. *Mendel*, Arch. f. Psych. Bd. III S. 21.
92. *Rabow*, Arch. f. Psych. Bd. VII.
93. *Mairet*, l. c.

Digitized by Google

abe, Petersburg. med. Wochenschr. 1891. S. 30.
ibuscher, Klinische Untersuchungen über die Säureabscheidung be
erven- und Geisteskranken. Neurolog. Zentralblatt. 1891. S. 287.
ibuscher u. *Ziehen*, Klinische Untersuchungen über die Salzsäure
oscheidung des Magens bei Geisteskranken. 1892.
orden, Klinische Untersuchungen über die Magenverdauung bei Geistes
ranken. Arch. f. Psych. Bd. XVIII S. 547—577.
ca, Neurolog. Zentralblatt. 1883. S. 141.
oof, Diri Petersburg. 1882. (Vgl. *Rosenbach.*)
senbach, Neurolog. Zentralblatt. 1883. Nr. 15.
notin, Neurolog. Zentralblatt. 1883. Nr. 15.
ngowiti, zitiert nach *Rosenbach.*
iret und *Bosc*, Ann. med. psych. 1892 Jan.-Febr. S. 17—30.
li, Neurolog. Zentralblatt. 1882.
sse, Zeitschr. f. Psych. Bd. XVI. 1859. S. 541—603.
ers, Deutsche Klinik. 1854. S. 32.
rstner, Neurolog. Zentralblatt. 1889. S. 553.
sso und *Maggiora*, Du Bois' Arch. 1890. S. 90 u. 190.
ngl, Pflügers Arch. Bd. LXI.
dichum, Zur chemischen Konstitution des Gehirns. 1901.
tt, Vorlesungen aus der Pathologie des Nervensystems. 1902.
ulze, Zeitschr. f. Biologie. Bd. XIX S. 301.
rk, Zeitschr. f. Psych. 1888. Bd. XLIV S. 157.
rtler, Arch. f. Psych. Bd. XIV S. 17.
yden, Nervöse Dyspepsie, Berl. klin. Wochenschr. 1885. S. 473 u. 49
gmund, Urinveränderungen bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psycl
d. LI S. 602.
rzog, Arch. f. Psych. 1898. Bd. XXXI S. 170.
agner, Über Psychosen auf Grundlage gastrointestinaler Autointox
ation. Wiener klin. Wochenschr. 1896.
rpmann, Über Albuminurie und Albumosurie bei Delirium tremen
rch. f. Psych. Bd. XXVIII S. 570.
chter, Arch. f. Psych. Bd. VI S. 565.
bold, Subnormale Temperaturen bei Geisteskranken. Arch. f. Psycl
d. XIII S. 686.
chterew, Körpertemperatur bei Geisteskranken. Arch. f. Psycl
d. XIII.
chholz, Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie Bd. IX S. 269.
ster, Die Abstinenz der Geisteskranken. 1899.
ein, Schlundsondenernährung Geisteskranker. Monatsschr. f. Psycl
. Neurologie. Bd. III S. 343.

Digitized by Google

Manisch-depressives Irresein und Arteriosklo

Von

Oberarzt Dr. **Albrecht**, Treptow a./Rega.[1])

Während früher bei den Störungen des Blutkreislau Herz als Zentralorgan vorwiegendes Interesse erweckte, h n den letzten beiden Jahrzehnten das vorwiegende Interes Krankheiten der peripheren Blutgefäße, vor allem der Arte ose zugewandt. Nicht nur im Forschungsgebiet der i Medizin ist die Symptomatologie der allgemeinen Arterios rweitert, auch in der Psychiatrie sind ihre Beziehungen zu C rankheiten näher studiert und festgelegt. So kam es sei ur Aufstellung einer besondern Form der Geistesstörun rteriosklerotischen Irreseins, welches sich schnell Bürgerr en psychiatrischen Lehrbüchern erworben hat. Es ist vi icht ohne Wert, den Beziehungen der Arteriosklerose a nderen Formen der Psychosen nachzugehen, und da schei erade das manisch-depressive Irresein (*Kraepelin*) oder die ischen Geistesstörungen anderer Autoren Erfolge zu versp

Es ist nicht unbekannt, daß bei der manisch-depr sychose neben der erblichen Belastung auch eine erworbe osition eine ursächliche Rolle spielt. Eine solche wird esetzt durch frühere Gehirnkrankheiten (Hirnhautentzü Kinderkrämpfe) und Schädeltraumen mit Hinterlassung einer arbe", die beide das Gehirn zum locus minoris resis achen. Eine Arbeit von *Pilcz*[2]) stellt 25 Fälle perio

[1]) Aus der Provinzialheilanstalt Treptow a./R.

[2]) *Pilcz*, Zur Ätiologie u. pathol. Anatomie d. period. Irreseins. efte f. Psychiatrie u. Neurologie (*Ziehen*) 1900 Bd. 8.

s zusammen, von denen 17 mit derartigen organischen
änderungen einhergingen; 11 von diesen betreffen nach
ilderung offenbar arteriosklerotische Gefäßerkrankungen,
l ist die Psychose nach einer Apoplexie aufgetreten.
st von *Schreiber*[1]) und *Neisser*[2]) je ein Fall von manisch-
vem Irresein nach Schlaganfall, und von *Stransky*[3]) ein
mit zerebralen Herderscheinungen beschrieben. *Kraepelin*
der neuesten (7.) Auflage seines Lehrbuches, daß die
se des manisch-depressiven Irreseins durch seine
ungen zur Arteriosklerose getrübt werde; zahl-
Erfahrungen sprächen für das frühzeitige Auf-
arteriosklerotischer Veränderungen bei diesen
en, bisweilen entwickele sich die Geistesstörung
zu nach einem Schlaganfall. In den übrigen psy-
hen Lehrbüchern und in der Literatur finde ich keine
Angaben über das Verhältnis beider. Ich halte deshalb
fung des mir zu Gebote stehenden Krankenmaterials nach
ichtung hin für begründet.

verfüge im ganzen über 54 Fälle (19 M. 35 Fr.), bei
ie Diagnose durch in der Anstalt beobachtete manische
ressive Phasen sichergestellt ist. Einmalige Melancholien
nien, deren Berechtigung als selbständiges Krankheitsbild
gs von mancher Seite ganz in Zweifel gezogen wird, habe
stverständlich nicht eingerechnet. Wie nahe allerdings
de stehen, zeigen zwei meiner Beobachtungen, in welchen
hn- resp. achtzehnjährigem ununterbrochenen Bestehen
elancholie ein Umschlag in die Manie erfolgte. So mag
hl der Tod mancher Melancholischen in den früheren
itsstadien die Erkennung ihrer Krankheit als eines Teil-
tes des manisch-depressiven Irreseins tatsächlich unmög-
chen, denn leider können wir bis jetzt die Melancholie als

---

chreiber, Ein Fall von 7 Jahre andauerndem zirkulären Irresein usw. Psychiatrie 1901 Bd. 34.

eisser, Zur Ätiologie der period. Psychosen. Psychiatr.-neurol. hrift. 1901/02.

ransky, Beitrag z. Lehre von den period. Psychosen. Monatshefte

Digitized by Google

elbständiges Krankheitsbild und die depressive Phase einer m
epressiven Erkrankung klinisch von vornherein nicht untersc
Ein gewisser Grad von Verblödung, den auch *Kraepelin* bei l
ugesteht, war für die Diagnose meiner Fälle nicht imm
chlaggebend. Es handelt sich hier jedoch nur um wen
Fälle, welche insgesamt sehr lange, über zwanzig Jahre
nd anstaltspflegebedürftig waren, aber bis zuletzt ausgespro
Vechsel von manischen und drepressiven Zeiten boten.

Ich weiß sehr wohl, daß bei der Kleinheit meines M
Vorsicht in allgemeinen Schlußfolgerungen geboten ist. Im
laube ich, daß auch bei diesen Zahlen der Zusamm
wischen Geistesstörung und Arteriosklerose nicht bloß z
ondern physiologisch begründet ist, und es würden Jahr
ahrzehnte vergehen, ehe ich allein ein nur durch seine
wingendes Beobachtungsmaterial beisammen hätte.

Für die Diagnose einer Arteriosklerose waren für mich
ich die klinischen Zeichen einer solchen entscheidend;
vurden sie, soweit möglich, durch Sektionsbefunde. F
Wandverhärtung, zumal beim Rollen der Schlagader unt
Finger, weniger die Schlängelung waren zunächst maßgeb
lie Diagnose, in zweiter Linie Nachweis einer Herzhype
nd Verstärkung des 2. Aortentons. Es ist mir sehr w
kannt, daß gelegentlich die Arteriosklerose eine rein lok
krankung darstellen und ihr klinischer Nachweis dann
Umständen unmöglich sein kann. Für gewöhnlich ist s
ler Ausdruck einer Allgemeinerkrankung,[1]) und man geht
neist nicht fehl, wenn man aus einer Erkrankung zugär
Gefäße den Rückschluß auf einen gleichen Zustand nicht
icher macht. Bei der Mehrzahl meiner Fälle, bei welch
Sektion Sklerose innerer Arterien erwies, war bereits im
liese Wahrscheinlichkeit durch palpable Veränderungen
Gefäße nahegelegt. In einigen Fällen konnte ich den Gärtn
Tonometer zur Unterstützung der Diagnose heranziehe
normale Werte gelten für Männer 90—110, für Frauen

[1]) Vergl. *Burwinkel*, Allg. Ätiologie und Therapie der Arterio

Digitized by Google

Quecksilberstand.[1]) Diese Zahlen stimmten mit den von mir
r Reihe Gesunder gefundenen überein. Immerhin sind die
des Gärtnerschen Tonometers mit Vorsicht zu verwerten.
ts finden sich infolge relativer Herzschwäche selbst bei
mit fühlbarer unzweifelhafter Arteriosklerose niedrige Blut-
rte, andererseits bieten ganz jugendliche, gesunde Indi-
nfolge nervöser Erregung höhere Zahlen, ähnlich wie die
r Pulse aus psychischen Einflüssen, z. B. bei der ärztlichen
chung, bei derartigen Personen ansteigt. Beide Erschei-
sind in den angeführten Arbeiten über den Blutdruck auch
tesgesunden bereits von anderer Seite festgestellt.

ine Fälle sind kurz folgende:

I. Männer.

L., geb. 1816. Bruder geisteskrank. Selbst seit 1853 geisteskrank
3 in Anstalten. Manische Phasen von etwa vierwöchiger Dauer,
e meist kürzer, dazwischen mehrere Wochen normalen Verhaltens
menz. 1902 unter den Zeichen der Erschöpfung gestorben. Sektion
kwandige, stark klaffende Gefäße an der Hirnbasis; in der Aorta
e gelbe Wandeinlagerungen.

M., geb. 1832. Seit 1867 geisteskrank, seit 1875 dauernd in Anstalten,
regelmäßiger Wechsel von zwei- bis dreimonatiger Depression und
sechswöchiger manischer Erregung. Ende der dreißiger Lebensjahre
reisenhaftes Aussehen bei ihm vermerkt; seit 1890 Pulsarythmie,
ement. Gestorben 1901 nach Influenza. Sektion ergab Wandver-
und Klaffen der Basilargefäße, gelbliche Flecken in der Aorta, ver-
und klaffenden Eingang zu den Koronararterien.

Sch., geb. 1856. Bruder geisteskrank. Seit 1880 Wechsel von Manie
ession, beide mehrwöchig, anfangs mit längeren, freien Intervallen.
1899 stärkere Demenz. Gestorben 1902 an Nephritis. Gefäße an
asis verdickt.

B., geb. 1854. Seit 1875 geisteskrank. Anfänglich mehrmonatige
Erregung mit folgender tiefer Depression über mehrere Jahre. Ver-
nfang der achtziger Jahre. Seit etwa 1890 regelmäßig kürzere
Phasen bis zu vier Wochen Dauer, dazwischen monatelang tief
Körperlich recht dürftig, fühlbare Arteriosklerose, Tonometerzahl
nur 110.

---

[1]) Vergl. Arbeiten über Blutdruckmessungen mit dem Gärtnerschen Tono-
n *Neißer*, Berlin. Klin. Wochenschr. 1900 Nr. 25, von *Schüle*, Berlin.
chenschr. 1900 Nr. 33, u. von *Weiß*, Münch. Mediz. Wochenschrift

5. V., geb. 1851. Vater nervenkrank. Seit 1895 geisteskrank. E
eftigster manischer Erregung von drei bis vier Monaten, tiefer Depr
is zu acht Monaten, dazwischen längere freie Zeiten. 1898 Gesich
ngleichmäßig innerviert. 1900 dazu Undeutlichkeit der Artikula
anischen Stadium, so daß beim Fehlen der Anamnese der Verda
rogressive Paralyse entstand. 1901 Pulsarythmie, Schwindelanfäll
poplexie mit dauernder rechtsseitiger Lähmung. Deutlich fühlbare
klerose, Tonometerzahl nur 110, ist dauernd bettlägerig, verliert
einem früheren Fett, geht körperlich sehr zurück.[1])

6. W., geb. 1838. Schwester Suizid, Bruder Trinker. Se
eisteskrank. Drei bis acht Monate, zuletzt 1½ Jahr dauernde Ma
eftigster motorischer Unruhe, ziemlich plötzlicher Umschlag in mäßi
ierte, nörgelnde Stimmung. Längere gute Zwischenzeiten. Seit 190
Herzverbreiterung, Pulsarythmie, erhebliche Arteriosklerose.

7. L., geb. 1834. Vater an Schlaganfall gestorben. Seit 1895 r
nd depressive Phasen von ein bis fünf Monate Dauer. Mehrere Ja
ängliches, aber absonderliches Wesen. Deutlich fühlbare Arterioskle

8. Sch., geb. 1851. Schwester geisteskrank. Trank Schnap
poplexie mit dauernd spastischer Lähmung des linken Beines. 1901
ast ein Jahr dauernde Manie, die allmählich in eine zu Beginn 190
efe Depression mit Hemmung überging. Jetzt allmähliches Ab
tärkste Arteriosklerose. Tonometerwert 210. Kräftig, gut genährt.

9. Br., geb. 1826. Bruder geisteskrank. Vater „plötzlich to
llen". Seit 1885 im ganzen etwa 6 Anfälle von Manie mit teilweise
epressionen, beide bis zu halbjähriger Dauer. Einige Anfälle in hi
flege verlaufen. Seit 1902 andauernder manischer Zustand: zerreißt,
acht Witzchen, durchaus intelligent. Arteriosklerose mittleren Grades
eterzahl in Manie 140.

Diesen 9 bezüglich Arteriosklerose positiven Fällen bei M
tehen 10 negative resp. zweifelhafte gegenüber.

10. St., geb. 1881. Seit 1893 geisteskrank. Drei- bis vierwöch
ur heftigsten Tobsucht sich steigernde Manie mit kürzeren, oft nu
igigen, aber tiefen depressiven und Hemmungszuständen. Keine
klerose. Blutdruck in der Depression 150, beim Übergang in die Ma

11. K., geb. 1854. Seit 1895 geisteskrank. Mehrmonatige
eiten mit tiefen, bis zu einem Jahr andauernden Depressionen.
reie Zeiten, zuletzt mäßiger Schwachsinn. Tod 1903 an Tuberkul
ektionsbericht keine Arteriosklerose vermerkt.

12. H., geb. 1854. Vater periodisch geisteskrank. 1886 u
anische Zustände im Anschluß an Trauerfälle in der Familie. Seit

Digitized by Google

[1]) Ist inzwischen gestorben. Gehirnsektion ergab stärkste Arterio

Unregelmäßige depressive Hemmungen abwechselnd mit manischen
ine Arteriosklerose. Tonometerzahl in Hypomanie 90.

V., geb. 1877. Tante geisteskrank. Seit 1889 manische Zustände.
bis zwei Monate, später bis zu einem Jahr dauernd, gefolgt von
ger Hemmung. Mehrfach in Anstalten. Keine Arteriosklerose.

V., geb. 1850. Sonderling. Bot seit 1895 das Bild einer
lie mit Hemmung, bis 1905 allmählicher Umschlag in
paranoiden Zügen erfolgt. Untersuchung wegen maßloser
unmöglich. Sehr früh gealtert. Arteriosklerose zweifelhaft.

B., geb. 1877. Seit 1901 zweimal Manie mit brüskem Umschlag in
che Hemmung, beide mehrere Monate dauernd. Freie Zeiten bis
ren. Keine Arteriosklerose.

Z., geb. 1863. Seit 1893 siebenmal Tobsuchten von mehrwöchiger
zwei- bis dreimonatigen Hemmungen. Freie Zeiten bis zu mehreren
eine Arteriosklerose.

B., geb. 1858. Mutter geisteskrank. Seit 1885 fünfmal heftige
nfälle von 1/2—1 Monat Dauer. Arteriosklerose zweifelhaft. Unter-
rweigert.

D., geb. 1875. Vater Schlaganfall, Bruder geisteskrank. Frühjahr
onatige Depression, dann bisher nicht abgeklungene Manie. Keine
ose.

M., geb. 1880. 1895 etwa fünf Monate manische Verwirrtheit,
Monate ängstlich gehemmt. 1905 sechswöchige Manie mit kata-
n, vierzehntägige Hemmung. Keine Arteriosklerose.

II. Frauen.

M., geb. 1843. Großvater und Onkel geisteskrank. Seit 1886 mehr-
nische und depressive Zustände, die sich allmählich verschlim-
it 1900 in Anstalt. Von Anfang an hier Arteriosklerose, Puls-
Herzverbreiterung, verstärkter zweiter Aortenton festgestellt. Ge-
5 an Apoplexie. Blutgefäße an der Hirnbasis stark geschlängelt, mit
deinlagerungen versehen, Substanz des Kleinhirns weithin durch
zertrümmert, so daß die linke Kleinhirnhemisphäre in einen
lutgefüllten Sack von kaum 1 cm Wandstärke verwandelt ist. Herz
Aorta zeigt zumal an den Abgangsstellen der Koronararterien
enförmige Wandeinlagerungen.

B., geb. 1845. Prostituierte. Potus und behandelte Lues. Seit
skrank, seit 1890 in Anstalten. Mehrtägige manische Erregungen
em Stupor, längere freie Zeiten. Zuletzt Schwachsinn. Gestorben
elonephritis. Gefäße an der Hirnbasis zeigen graugelbe Einlage-
eine luischen Erscheinungen an der Leiche.

B., geb. 1835. Onkel geisteskrank, Bruder Suizid. Seit 1879
estört, seit 1881 in Anstalten. Mehrmonatige manische Erregungen
eichlangen tief stuporösen, ängstlich gehemmten Zeiten. Gestorben

arterien.

23. S., geb. 1851. Mutter nervös, Großvater und Schwest krank. Seit 1897 geistesgestört. Erkrankte nach Tod der Mutter sion, der eine Manie folgte. 1900 ein zweiter Anfall von Manie mi Depression, je etwa vier Monate dauernd. Jetzt seit 1904 heftige Greisenhaftes Aussehen, Haare völlig weiß, Mund zahnlos. Deutli Sklerose der zugänglichen Arterien.

24. P., geb. 1850. Seit 1896 geisteskrank und vielfach in Anfangs mehrmonatige ängstliche Hemmung, dann siebenmonat Später unregelmäßige hypomanische und depressive Zeiten. Wand der Radialis fühlbar. Tonometerzahl in Hypomanie 130 trotz dü nährungszustandes.

25. D., geb. 1831. Schwester geisteskrank. Erkrankte Melancholie, die in ein chronisches Stadium überging. allmählich Umschlag in Manie mit zunehmender Erregung. zerpflückt, zankt, schwatzt. Arteriosklerose. Tonometerzahl in

26. B., geb. 1846. Vater und Bruder geisteskrank. Seit 18 weise psychisch abnorm. Seit 1895 in Anstalten. Ein- bis zw Depressionen, ebensolanges ruhiges Verhalten, dann Manie mit hef rischer Unruhe. Sehr früh gealtert. Gestorben 1901 an Tuberkulose der Hirngefäße und der Aorta.

27. K., geb. 1850. Mutter geisteskrank. Seit 1870 Anfälle sinn, wo sie im Dienst als Telegraphistin mit „durchgeschleppt" „Zeiten von Heiterkeit und Lebensmut, auf die notwendig ein kommen mußte". Mehrfach deshalb in Sanatorien. In Anstalt Monate dauernder Zustand tiefster, ängstlicher Hemmung, seit B bisher nicht abgeklungene Manie. Früh gealtert. Rigidität der Schläfenarterien. Blutdruck in der melancholischen Phase 170, in schen 150.

28. P., geb. 1854. Vater Schlaganfall. Seit Ende der acht fünfmal wegen heftigster Tobsuchten, die bis zu neun Monaten in Anstalten. Mehrfach tiefe, aber kürzere Depressionen. Gesto an Nierenentzündung. Sklerose an Aorta und Hirngefäßen.

Diesen 9 positiven Fällen bei den Frauen stehen 26 resp. zweifelhafte gegenüber.

29. D., geb. 1858. Belastet. Seit 1888 heftigste Tobsuch dreivierteljähriger Dauer, etwas kürzere depressive Hemmungen sklerose zweifelhaft. ist nicht zu untersuchen.

30. M., geb. 1877. Belastet. Seit 1895 bis viermonatige Anfälle mit kürzeren Depressionen und freien Zeiten bis zu e Hysterische Züge. Keine Arteriosklerose.

Digitized by Google

31. G., geb. 1855. Seit 1873 manische und depressive

zu neun Monaten Dauer und kürzerer Depression, dazwischen hr ruhiges Verhalten. Keine fühlbare Arteriosklerose. Tonometer- nie 130.

N., geb. 1859. Seit 1897 heftige mehrwöchige Tobsuchten mit iefen Depressionen. Arteriosklerose an Radialis und Temporalis Unreiner erster Herzton, Pulsarythmie. Tonometerzahl wegen Un- zu erhalten.

S., geb. 1851. Seit 1891 mehrwöchige manische Anfälle mit kürzeren en, längeren freien Zeiten. Keine fühlbare Wandverhärtung. Tono- m ruhigen Stadium 120.

K., geb. 1872. Großvater geisteskrank, Vater Trinker. Seit 1889 obsuchtszustände mit Depressionen. Gestorben 1904 an Rectum- e Arteriosklerose.

K., geb. 1877. Vater Trinker. Seit 1895 siebenmal manische An- fünf Monaten Dauer. Kurze, wenig deutliche Depressionen. Über len Angaben.

V., geb. 1858. Vater Trinker. Seit 1878 geisteskrank in Anstalten. vischen „sprudelnder Schwatzhaftigkeit und völliger Apathie". Zu- dung. Gestorben 1902 an Tuberkulose. Gefäße an Hirnbasis und m verändert".

B., geb. 1866. 1895 Anfall von Manie mit folgender Depression. furibunde manische Erregung, seit 1904 umschlagend in tiefe mit Angst. Keine fühlbare Arteriosklerose.

P., geb. 1879. Belastet. Seit 1898 manische und depressive Zeiten. iosklerose.

S., geb. 1865. Seit 1901 manische und depressive Phasen von je hs Wochen Dauer. Keine Sklerose. Tonometerzahl in abklingender

V., geb. 1860. Seit 1902 mehrmonatige Zustände von Depression, Mal gefolgt von Manie. Arteriosklerose nicht vermerkt.

G., geb. 1859. 1900 an Melancholie erkrankt, 1903 Umschlag in nende Manie. Keine deutliche Sklerose.

A., geb. 1871. 1902 erkrankt an mehrmonatiger heftiger Manie en Wochen Depression. Keine Sklerose.

B., geb. 1873. Seit 1886 periodische Tobsuchten mit Hemmungs- Keine Sklerose.

W., geb. 1857. 1891 sechsmonatige manische Erregung mit plötz- schlag in Depression. Seit 1896 neuer manischer Anfall. Ver- les Krankheitsbildes nach der manischen Seite. Keine Sklerose. ahl 110.

W., geb. 1881. Seit 1900 manische und depressive Phasen. Keine

Digitized by Google

47. D., geb. 1877. Seit 1897 zweimal Anfälle von tobsuchtige mit plötzlichem Umschlag in mehrtägige, tiefe Depression. Keine

48. R., geb. 1872. Seit 1894 periodische, heftigste Tobsu drei bis vier Wochen Dauer, gefolgt von mehrtägigen Depressionen freie Zeiten. Keine Sklerose.

49. D., geb. 1875. Onkel geisteskrank. Seit 1891 Verst Seit 1900 zwei manische Erregungen von mehreren Monaten, g ängstlicher Hemmung. Keine Sklerose. Tonometerzahl in Depre

50. N., geb. 1846. Seit Jahrzehnten periodische Verstimm Trinkexzessen. In Anstalt mehrmonatige manische Erregung, g dreiviertel Jahr von tiefster Depression. Arteriosklerose zweifell schwach. Tonometerzahl in Depression 95.

51. S., geb. 1852. Seit 1878 manische und depressive Zustän fühlbare Sklerose. Tonometerzahl in Depression 130.

52. T., geb. 1860. Seit 1888 im Anschluß an Laktation mar depressive Phasen. Keine Sklerose. Tonometerzahl in Hypomani

53. M., geb. 1851. Bruder geisteskrank. 1902 fünfmonatige achtwöchiger Hemmung. Freie Zwischenzeit, jetzt wieder Mani Sklerose. Tonometerzahl in Manie 70.

54. R., geb. 1856. Vater Trinker. Seit 1904 mehrmonatige Zustände mit kürzeren Depressionen. Entlassen. Arteriosklei vermerkt.

Aus vorstehend mitgeteilten Fällen ergibt sich, daß mal, also in einem Drittel der Manisch-depressiv Altersklassen, Arteriosklerose nachweisbar ist sind die Männer prozentualiter noch höher beteiligt wie die Diese Zahl ist auffallend hoch, sie nähert sich der Häufi Arteriosklerose bei Alkoholikern, bei denen der Alkoholm anerkanntermaßen eine Prädisposition für Gefäßwanderkra schafft, und ich in 40% Gefäßwandveränderungen finde. ruhen meine Zahlen beim manisch-depressiven Irresein au auf Selbsttäuschung bezüglich der Diagnose, da ich in zwei Fällen mich mit meinem Urteil allein nicht begnügt hab Vergleich habe ich eine Reihe anderer Geisteskrank periodische Erregungen, mit Ausschluß von exogenen Ver zuständen (Lues, Alkohol), also zumeist ruhige an Dementia Erkrankte, auf Arteriosklerose nach denselben Grundsätze sucht. Ich finde bei 182 Fällen (73 M., 109 Fr.) in 19 Arteriosklerose, ebenfalls mit etwas höherer Beteiligung de

Digitized by Google

d. Zu denken wäre daran, daß bei ruhig verblödenden der meist dauernde Aufenthalt in den geschützten Anltnissen mit ihren geringeren Ansprüchen an geistige rliche Leistungsfähigkeit einen geringeren Prozentsatz an erose bedingt, als der nicht selten von Zeiten der Freiprochene Anstaltsaufenthalt der Manisch-depressiven mit hkeit von Exzessen. Hier ist jedoch zu bemerken, daß ein Drittel (62 Fälle) von den ruhig Dementen erst s Alters von 35 Jahren zum dauernden Anstaltsaufentngte, also in früheren Lebensjahren reichlich Gelegenxzessen etwa infolge abnormer Geistesverfassung hatte, ndererseits bei den manisch-depressiven Arteriosklerozweimal (Fall 21 u. 8) dauernde oder zeitweilige Exzesse verden. Hervorheben möchte ich nochmals besonders, meine manisch-depressiven wie die dement-praecocischen Auswahl der Reihe nach dem Hauptbuch entnommen it die Diagnose sicher genug war. Der Unterschied in keit der Arteriosklerose bei beiden ist so deutlich, daß nicht bloß einen reinen Zufall erblicken kann. Allgelenangaben über die Häufigkeit des Vorkommens der rose finde ich nirgends, doch wird niemand ernstlich anaß etwa ein Drittel aller erwachsenen Geistesgesunden von ahren aufwärts an nachweisbarer Arteriosklerose leiden. nicht nur über dreimal so häufig ist die Arterienrankung, sie setzt bei den manisch-depressiven törungen auch früher ein als bei andern, sich ruhig en Geisteskrankheiten. Bei der Dementia praecox ei über zwei Drittel (13 von 19 Fällen) jenseits des sjahres, und man wird nicht fehlgehen, wenn man rkrankung zum großen Teil als eine Alterserscheinung Bei den Manisch-depressiven fällt über die Hälfte aller erkrankungen (11 von 18) bereits in das Lebensjahrzehnt 0 Jahren, eine ganze Anzahl davon (6 meiner Fälle) 50. Jahr kaum überschritten, und es greifen mit Sicherfänge ihrer Arteriosklerose in die Zeit der vierziger e zurück.

manisch-depressiven Irreseins und der arterio
tischen Veränderung kann ich nicht nachweisen.
Mehrzahl der Fälle beginnt die Geistesstörung in jungen
und da die Arteriosklerose im ganzen eine Krankheit der
Lebensalter darstellt, so will es nicht viel sagen, wenn s
zwanzigjährigem oder längerem Bestehen der Psychose
Gefäßerkrankungen häufen.

In welchem ursächlichen Verhältnis steh
manisch-depressives Irresein und Arteriosklero
Unter den ätiologischen Momenten der diffusen Arteri
spielen bekanntlich mechanische Einwirkungen auf die
wand in Form von Blutdrucksteigerung eine erhebliche Ro
durch Plethora, toxische oder infektiös-toxische Momente ge
Blutdruck führt zu einer Unterernährung der Gefäßwand
unter Umständen sogar direkt zum Nachgeben der Me
kleinen Einrissen oder Schädigungen der Intima.[1]) Eber
aber auch eine abnorme Stromverlangsamung mit Blutve
terung, wie wir sie bei vermindertem Blutdruck in
Grenzen voraussetzen müssen, disponierend für Wanderkran
Solche Schwankungen des Blutdrucks können nun aber au
durch obengenannte Momente durch nervöse Einflüsse
werden. *Bäumler* führt in der zitierten Arbeit unter den
der Arteriosklerose eine auf nervösen Einflüssen beruhend
kontraktion auf und schreibt im Lehrbuch von *Pentz*
Stintzing (II. Aufl. 1898): „Auch die mit gemütlichen und
nervösen Aufregungen einhergehenden Blutwallungen in
Körper oder in einzelnen Bezirken mögen bei sehr häufiger
holung nicht ohne Einfluß auf die Ernährung der Ge
bleiben und durch Vermittelung der vasa vasorum Verän
zustande kommen lassen." Hierzu mißt man neuerdin
der Vererbbarkeit eines minderwertig angelegten Gefäßsys
Bedeutung bei.

[1]) Vergl. *Bäumler,* Ist die Arteriosklerose eine Allgemeinkrank
Klin. Wochenschr. 1905 Nr. 44a.

[2]) *Burwinkel,* Ätiologie u. allg. Therapie der Arteriosklerose.
Wochenschr. 1905 Nr. 16.

Digitized by Google

les liegen nun unzweifelhaft Momente, die ein
es und frühzeitigeres Entstehen der arteriosklen Veränderungen begünstigen und verständlich
en lassen. Vor allen Dingen ist hier an die lebhaften
vankungen zu denken, die oft wochen- oder monatelang
enseits der normalen Breite liegenden Ausschlägen nach
ssiven oder exaltativen Seite hin führen und damit abfäßinnervations- und Blutdruckverhältnisse setzen. Wir
n, welche Rolle die Affekte auf unser Gefäßnervensystem
Blutverteilung ausüben (Erblassen vor Schreck, Angst;
or Scham, Zorn). Nach *Lange*[3]) gehen depressive Affekte
rge) mit einer Gefäßzusammenziehung und konsekutiver
erhöhung, exaltative Affekte (Freude, Zorn) mit einer
eiterung und Blutdrucksenkung einher. Jedem Psychiater,
zu fühlen gewohnt ist, ist der kleine, gespannte Puls des
ischen und der im allgemeinen volle, weiche des Maniacus
wobei einzelne, seltene Ausnahmen bei letzteren vornögen. Man könnte nun denken, derartige Schwankungen
rucks müßten leicht mit dem Gärtnerschen Tonometer
sen sein. Aber hier ist mit der Eigenart der psychisch
u rechnen. Gerade bei den höchsten Graden der Manie
elancholischen Depression gelingt es nicht, die Kranken
Untersuchungen zur Beobachtung der nötigen Kautelen
n (ruhig atmen, nicht sprechen, nicht jammern). Zu
ren Resultaten kommt man höchstens bei den mittleren
nd soweit ich gefunden habe und meine Fälle zum Teil
bewegt sich der Blutdruck bei der Melancholie als selbKrankheitsform wie als Teilabschnitt des manisch-depressseins in höheren Grenzen wie normal (etwa zwischen
0), in der Manie scheint der Blutdruck nicht erheblich
normalen Werten abzuweichen, immerhin finde ich geauch bei kräftigen Personen recht niedrige Werte (70
n einem meiner Fälle (Nr. 27) ist in beiden Phasen der

---

ge, Über Gemütsbewegungen. Übersetzt von Kurella. Verlag von
zig. 1887.

Digitized by Google

zierende Arteriosklerose vor. Soviel scheint mir festzuste
beim manisch-depressiven Irresein erhebliche Schwanku
Blutdrucks in den Grenzen von 70—160 vorkommen,
bei Gesunden namentlich die obere Grenze für gewöhn
länger dauernd nicht erreicht wird. Sowohl Gefäßkonstri
-Parese, die sich an den Blutdruckwerten kundgeben, s
imstande, die Ernährung der Gefäßwände durch die vasa
oder direkt aus dem Blut zu gefährden. Eine Stütze fin
Überlegung durch die analoge Wirkung zweier allgemein b
Gifte, Alkohol und Blei, von denen ersterer gefäßlähmend,
gefäßkonstringierend, beide aber prädisponierend für Ar
rose wirken. Vergegenwärtigen wir uns das Bild einer fu
Manie mit ihrem auf eine gewisse Gefäßparese deutend
der äußeren Bedeckungen und dem für gewöhnlich vollen
Puls und andererseits eine tiefe Depression mit ihrer B
äußeren Teile und dem gespannten, kleinen Puls, so ist
weiteres verständlich, welche hohen und leicht zu einer Sc
führenden Anforderungen an ein solches Gefäßsystem
werden. Daneben mögen noch andere nachteilig auf di
wirkende Einflüsse tätig sein, wie hereditär schlecht ve
Gefäßsystem (nur zweimal bei meinen Fällen), zeitweilige
— ich habe bei manisch-depressiv Erkrankten in der ruh
Gewichtszunahmen bis zu 60 Pfund in wenigen Monaten ge
möglicherweise auch Autointoxikationsvorgänge im Körp
wohl kann ferner die besondere Inanspruchnahme des Ge
Geisteskrankheiten zu einer Sklerose der Hirnarterien
ponieren, ähnlich wie wir bei körperlich arbeitenden
die vorwiegend in Anspruch genommenen Teile besond
von Arteriosklerose befallen sehen, z. B. bei Schmieden
arterien. Somit erscheint es durchaus verständlich und
logisch begründet, wenn das manisch-depressive Irrese
günstigeren Boden für die Entwicklung einer Arteriosk
gibt als eine andere ruhig sich abspielende Psychose ohn
Grundlage. Nach meinen Untersuchungen findet sie s
ersteren über doppelt so häufig (20—23%) als bei
(10%).

ist hiermit der Zusammenhang der manisch-depressiven
örung und der Gefäßwanderkrankung nicht erschöpft. Ein
iner Fälle (im ganzen 6) fällt vor den übrigen dadurch
die Geistesstörung in höherem Alter einsetzt; alle Er-
weisen relativ hohe Grade der Arteriosklerose auf, so
längeres Bestehen der Gefäßwandveränderungen
vor der Psychose anzunehmen ist; in einem Falle
eine Apoplexie mit dauernden Folgeerscheinungen zurück-
, in einem andern tritt sie im Verlauf der Psychose auf;
fällt bei diesen Kranken frühzeitiges Altern auf, greisenhaftes
n, ganz fehlende oder völlig weiße Haare, zahnloser Mund.
offenbar die Gefäßerkrankung nicht eine Folge der Geistes-
sondern tritt umgekehrt höchst wahrscheinlich die Geistes-
it im Gefolge körperlicher Rückbildungsvorgänge auf,
rvorstechendes Symptom arteriosklerotische Veränderungen
hnlich wie die Pubertät, die Laktation, die Menopause
iese Zeit und speziell die mit ihr einhergehende Gefäß-
ung eine besonders kritische Zeit für den Ausbruch einer
e, eine Klippe bilden, an der belastete Individuen schließ-
h noch in der Form des manisch-depressiven Irreseins
können, nachdem sie allen andern Anstürmen bis dahin
halten haben. Für diese Auffassung sprechen auch die
erwähnten Fälle anderer Autoren. Bei meinen Beobach-
ist diese Gruppe erheblich kleiner als die vorige und umfaßt
Drittel der Arteriosklerotiker insgesamt bei der manisch-
ven Geistesstörung.

Ergebnisse meiner Untersuchungen lassen sich dahin
enfassen:

e allgemeine Arteriosklerose ist bei dem manisch-
siven Irresein erheblich häufiger und tritt früh-
r auf als bei andern, nicht toxischen und nicht
riodischen Affektschwankungen einhergehenden
sen.

e ursächlichen Beziehungen der Gefäßwander-
ng und der manisch-depressiven Geistesstörung

Digitized by Google

In der Mehrzahl schafft die Geisteskrankhei
nehmlich durch ihre auf affektiver Grundlage beruh
Blutdruckschwankungen und die dadurch bedingt
nährungsanomalien der Gefäßwand den für die En
ung einer Arteriosklerose besonders günstigen
In einer Minderzahl gibt das Senium und vor
die mit ihm einhergehende Arteriosklerose bei bela
Personen erst den letzten Anstoß zum Ausbruc
manisch-depressiven Irreseins.

Digitized by Google

Beitrag zur Kenntnis des intermittierenden Irreseins.[1])

Von

bert Gregor, I. Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik Leipzig

---

ersicht des Krankheitsverlaufs. — V. H., 30 Jahre alt, intelli-
ffizier, syphilitisch, vor sieben Jahren Kopftrauma, kurz vor dem
tsausbruche Sorge, Kränkungen, Hemikranie. Meldet sich nach kurzer
bertretung als Deserteur. Bald darauf Fluchtversuche aus dem
zurückgebracht verfällt er in „Muskelkrämpfe".
Juli bis 12. August 1903 ratlos, ängstlich, verwirrt, motorisch erregt
h zeitweilig ruhig, geordnet, luzide. In Anstaltsbehandlung schein-
ilt; nach der Entlassung normales Verhalten mit Neigung zu Aus-
ngen.
17. Februar 1904 nach einem plötzlichen „Tobsuchtsanfalle" in die
aer Irrenanstalt aufgenommen. Ängstlich-hypochondrisches Verhalten
ein hysterischer, 19. März ein anscheinend epileptischer Anfall; bis
Erregtheitszustand mit heftiger motorischer Agitation, impulsiver
gen, Rededrang, Vorbeireden. 9. April luzide; von da an bis 10. Ma
rregungszustände von kurzen luziden Phasen unterbrochen. 11. bi
kontinuierlicher Erregungszustand, hierauf bis 22. Mai ungefähr
en dauernde luzide Phasen, die jeden zweiten Tag auftreten. 23. Ma
uni Intermissionen seltener und kürzer. Bis 19. Juli abermals 24stün
Erregungszuständen alternierend auftretende, luzide Phasen. Von
andauernd luzide; anfänglich öfteres, später selteneres Auftreten
r Handlungen. Zur Zeit der Entlassung im März 1905 korrekte
n bei leichter intellektueller Einschränkung; bis Juli desselben Jahres
ert.
sführliche Krankheitsgeschichte. — V. H., 30 Jahre alt
offizier. Vater gesund, Mutter neurasthenisch, ebenso eine Schwester

---

[1]) Aus der Bukowinaer Landesirrenanstalt Czernowitz, Direktor: Sanitäts

Digitized by Google

Auszeichnung, kam in juridischen Studien nicht vorwärts und g
Militär; beschäftigte sich in seiner freien Zeit mit höherer Mathemat
Charakter gilt als verschlossen, sehr wahrheitsliebend. Vor sieben
Gehirnerschütterung beim Sturz vom Pferde. 1899 Lues akquiriert.
letzten Zeit Familienzerwürfnisse, unglückliche Liebe, starker Potus.

Aus dem Beobachtungsjournale des Truppenspitales seiner Gar
namnestisch zu entnehmen: seit Anfang Juni 1903 litt Patient an
echtsseitiger Migräne, die erfolgreich mit Jodkali, Brom, Migränin b
wurde. Vom 22. bis 30. Juni war er mit Hemikranie krank gemeldet
vom 13. bis 26. Juli beurlaubt. Am 27. Juli erhielt das Regimentsko
ein Telegramm, daß Patient krankheitshalber vom Urlaub nicht e
könne. Am 29. Juli wurde er von zwei Offizieren in das Truppenspit
Garnison mit der Meldung überbracht, daß Pat. ihnen vom Garniso
in Cz. übergeben wurde. In letzterem sei Patient vorige Nacht er
und habe um seine Verhaftung gebeten, weil er sein Regimentsko
durch die telegraphische Krankmeldung belogen habe; tatsächlich
nämlich bloß den Zug versäumt. Bei der Aufnahme ins Truppenspita
Patient den Eindruck tiefer Niedergeschlagenheit und verhielt sich voll
ruhig und schweigsam. Patient bekam 2 g Sulfonal und sollte am f
Tage in das Garnisonspital in L. überführt werden. Nach Mitternac
sich der bisher ruhige Kranke, riß das Fenster auf, sprang heraus un
zu entkommen. Ins Spital zurückgebracht, verfiel er in heftige
vorwiegend Respirationskrämpfe. Auf Injektion von 0,03 Morphiu
Schlaf, der bis Mittag des nächsten Tages (30. Juli) anhält. Morgens
leichte Zuckungen im rechten Facialis und in der Muskulatur des
und der Extremitäten beobachtet. Aufgewacht, erkennt Patient se
Gebung und gibt prompt seine Personalien und Lebensumstände
Abend spricht er unzusammenhängend.

31. Juli, 2.30 Uhr morgens Fluchtversuch, hierauf anhaltende
und Respirationskrämpfe. Der herbeigeholte Arzt findet Patienten in
gebadet, von fünf Mann nur mühsam festgehalten. 0,03 Morphium f
Im Nachmittage Schlaf herbei, in welchem neuerlich die oben besch
Muskelzuckungen beobachtet werden. Gegen Abend erwacht, kl
Patient an, einen Desertationsversuch nach Rumänien begangen zu
den er nur deshalb nicht ausführte, weil er sich am Bahnhofe be
sah. Spricht dann unzusammenhängend von Röntgenstrahlen. Nac
Familienverhältnissen befragt, gibt er richtige Antworten.

1. August. Auf Chloralhydrat ruhiger Schlaf. Bei der Morgenvi
niedergeschlagen, beantwortet nicht die an ihn gestellten Fragen.
wird in das Garnisonspital L. transferiert, aus dessen Beobachtung
folgendes zu entnehmen ist:

1. August. Deliriert laut, glaubt sich im Dienste: kommandiert

Digitized by Google

ugust. Zeitweise Krankheitseinsicht, ängstliches Verhalten.
ugust. Apathisch, klagt über Kopfschmerzen, ist abweisend.
ugust. Spricht den Chefarzt mit dem Namen seines früheren Gym-
ktors an, verlangt nach seinem Vater, ist ängstlich, zittert.
ugust. Ruhiger, freut sich über das Erscheinen der Ärzte, will sie
sich lassen.
ugust. Unruhig, wirft seine Kleider zum Fenster hinaus, uriniert
ußboden, geht schreiend im Zimmer herum.
ugust. Tagsüber unruhig, „maniakalisch", erhält Zwangsjacke, erst
alhydrat Beruhigung.
ugust. Stets unruhig, in Zwangsjacke. Rededrang. Rezitiert ein
es Gedicht.
August. Beruhigt, teilweise orientiert, erkundigt sich nach der Dauer
fenthaltes und nach seinen Verwandten. Schläft nachmittags von
on da an die ganze Nacht unruhig.
August. Vormittags ruhig, jedoch verwirrt, nachmittags luzider,
eigenen Wunsch in den Garten geführt.
August. Orientiert, gibt einem Besucher prompte Auskunft.

ent wird einer Privatirrenanstalt übergeben, wo ausgiebige Besserung
Von seinen Verwandten zu physischer Erholung nach Hause ge-
zeigt Patient bis Februar 1904 normales Verhalten, verrät aber doch
sse Haltlosigkeit, indem er z. B. einmal in wenigen Tagen 300 fl. für
verbraucht. Am 17. Februar brach plötzlich ein „Tobsuchtsanfall"
alb er der Bukowinaer Irrenanstalt übergeben wurde.

en ersten Tagen (bis März) leicht apathisch, deprimiert, hypochon-
stliches Verhalten, klagt über Parästhesien in den Gliedern, äußert,
loren, habe progressive Paralyse. Äußerlich durchaus geordnetes
, auch zeigt Patient ein gutes Gedächtnis. Am 1. März erfolgt ein
hysterischer Anfall.

19. März tritt nach Angabe der Wärter ein epileptischer Anfall
hher beginnt Patient zu toben und ist gänzlich verwirrt.

4. April andauernd lärmend und unruhig. Trotz hoher Dosen Paral-
om, Chloral größtenteils schlaflos. Verweigert oft die Nahrung, ißt
weise mehrere Mahlzeiten auf einmal auf. Versetzt den Wärtern
versehens Stöße und Ohrfeigen. Bei der Visite steht Patient, der
der an sich duldet, bald aufrecht in gebundener Haltung in der
geht laut pfeifend herum. Beim Nähertreten der Ärzte ruft er
Kommandostimme) Namen, und zwar von seinen Freunden und Ver-
aber auch von den ihn besuchenden Ärzten. Auf Fragen reagiert
beireden. Mit den Gliedmaßen führt er läppische Bewegungen aus,
einförmig sind und sich immer wiederholen. Auch seine mimische
r ist in beständig einförmigem Spiele, die Bewegungen haben

6. April. Patient ist heute motorisch weniger erregt, macht ab
noch grimassierende Bewegungen, wobei der Kopf oft extrem seitw
dreht wird. Mit Armen und Beinen von Zeit zu Zeit brüske Bew
Angesprochen, verzieht er grinsend das Gesicht und lacht laut auf,
fixierbar, reagiert auf Fragen bloß mit brüllendem „Kehrt euch! Ma

7. und 8. April. Status idem.

9. April. Patient ist heute motorisch beruhigt, fixierbar, erteilt
Antworten, wobei er sich aber nur oberflächlich orientiert erwei
somat.: mittelgroßes Individuum, kräftiger Knochenbau, gut entwicke
kulatur, guter Ernährungszustand.

Keine auffälligen Degenerationszeichen, Schädel nirgends dru
klopfempfindlich, keine Verletzungen oder Narben. Gesicht symmetris
zahlreiche Blatternarben, Schleimhäute normal gerötet, Zungenrän
keine Narbenbildung. Harter Gaumen von normaler Wölbung, Gebiß
Hals schlank, Brustkorb kräftig, länglich. Innere Organe ohne Befu

Linke Cornea einzelne Nubeculae, Pupillen mittelweit, links
vordere Synechie. Augenhintergrund normal. Pupillen reagieren pr
Licht und Akkomodation. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus.
muskulatur symmetrisch innerviert, Zunge gerade vorgestreckt, weiche
symmetrisch, in der Muskulatur des Kopfes, Stammes und der Ext
keine Lähmungen oder Spasmen; keine Ataxie; feinwelliger Tremor
spreizten Finger; Gang stramm, Haltung gerade; kein Romberg.

Patellarreflexe beiderseits gleich, gesteigert. Anconaeus- und
sehnenreflexe, Planta-, Bauchdecken-, Cremaster-, Bindehaut-, Schl
Würgreflexe vorhanden, kein Babinski.

Berührungs-, Schmerz-, Temperatur-, Lage-, Bewegungsempfin
stereognostischer Sinn ungestört. Keine Druckpunkte; Gesichtsfe
eingeschränkt, Gehör, Geruch, Geschmack intakt; Sprache, Schrift
stört. Urin nach mehrmaliger Untersuchung keine abnormen Bestar

10. bis 21. April wechseln kurze, wenige Stunden dauernde luzid
mit Erregungszuständen ab. Letztere stimmen fast vollkommen überein
erscheint in gehobener Stimmung, motorisch lebhaft erregt. Verset
Umgebung unvorbereitet Stöße und Schläge, mimische Körper- und
fätenmuskulatur zeigen die früher beschriebenen Bewegungen.
sprachlichen Äußerungen, mit denen Patient auf Fragen reagiert, sin
aus stereotyp, so sagt er, nach seinem Namen gefragt: „Bin ich H., b
bist du Soldat, bist du H.; wenn nicht, so kannst du mich — — —
die Frage „Wer ich?": „Großvater", „General", „Esel" usw. Fas
erscheint aber Patient mehrere Stunden ganz ruhig, benimmt sich vol
geordnet und erteilt durchaus sinngemäße Antworten. Er klagt d
Müdigkeit, einen schweren Kopf, mangelhafte zeitliche Orientieru
Datum, Monat wisse er nur deshalb, weil er sich danach immer
Wärtern erkundige. An die Vorgänge während seines Krankheitsz

r Exploration als unzutreffend. Patient ist jetzt teilnehmend, zeigt
ächtnis für seine früheren Erlebnisse, bespricht mit den Ärzten
ere Zukunft. Als Grund seiner Krankheit nennt er psychische und
Traumen.

pril. Tagsüber Erregungszustand; gegen Abend beruhigt, klagt er
be ein so eigentümliches körperliches Gefühl, daß er sich selbst
ndert vorkomme und nicht wisse, ob er derselbe sei.

9. Mai Status wie am 21. April.

Iai. Patient geht heute ratlos im Zimmer umher, beschwert sich
chte Behandlung, weil er auf der unruhigen Abteilung gehalten werde.

Iai. Liegt im Gitterbette, zeigt lebhafte motorische Unruhe, wirft
olstern umher, brüllt und schreit; wird isoliert.

Iai. Noch immer isoliert. Singt in feierlichem Tone. Sowie er
t, schlägt er mit aller Gewalt mit der Faust gegen die Zellentür.

nd 15. Mai. Status idem.

Iai. Erst heute wieder soweit beruhigt, daß er bei der Visite ins
gebracht werden kann. Nach mehrfachem Anreden gelingt es, eine
Unterredung mit dem Patienten herbeizuführen. Dabei erweist er
h oberflächlich, über Ort und Umstände gut orientiert. Plötzlich
t ganz verändertem Tone (schnarrend) den Wärter als Kellner an,
efände sich da in einem Kaffeehause, man habe eben nach ihm
rt, er müsse fort. Wird bald darauf so unruhig, daß er neuerlich
rden muß.

Iai. Schlägt wütend gegen die Zellentür, hält einen Augenblick
einer seiner früheren Kollegen durchs Fenster hineinsieht, ruft laut
nen, lacht dabei gleichsam gezwungen auf.

Iai. Tagsüber luzide, unterhält sich in geordneter Weise mit A.,
ch an den gestrigen Vorfall. Dagegen werden andere Vorgänge
ausgelegt. So erzählt Patient, daß Juden in seine Zelle gedrungen
ihn geschlagen hätten.

Iai. Luzide, zeigt eine Conjunctivitis eczematosa am rechten Auge,
A. Atropin eingeträufelt.

Iai. Unruhig und lärmend in der Zelle. Sowie er A. erblickt,
ch gleichsam in herausfordernder Haltung vor ihm auf und zieht die
mit den Händen wie gestern bei der Atropineinträufelung weit
r.

Iai. Öffnet heute im Erregungszustande mit den Fingern den
schluß und entkommt in den Garten. In eine zweite Zelle zurück-
wiederholt sich der Vorgang.

er Zeit vom 23. Mai bis 10. Juni werden die luziden Perioden auf-
zer und stellen sich nicht mehr wie bisher täglich, sondern unregel-
en zweiten bis vierten Tag) ein. Auch während der Remissionen
t im Gegensatz zu früher eine leichte Hemmung an den Tag. Sein

obald Patient die Visite kommen sieht, wird er ruhiger, schneidet Gri
rüßt stereotyp in schneidig-keckem Tone, den Schnurrbart in di
rehend, mit „Habe die Ehre!“ (Warum machen Sie denn ein solc
olter?) „Habe ich Sie aus dem Schlafe gestört? — Pardon!“ (S
chön ruhig!) „Schön und ruhig!“ Fährt dann mit gellender Stim
Körösmezö, Sr. Majestät, der Kaiser, Sw. (Wärtername).“ Nach d
t Patient anhaltend unruhig. Beruhigt sich aber sofort, als man i
eilt, daß sein Vater ihn zu besuchen wünsche. Folgt dem Wärter w
ad und legt sich dann ruhig ins Bett nieder. Beim Anblick seine
pringt er auf und stellt sich im Bett gerade hin, bleibt so ungefä
linute regungslos stehen, läßt sich dann zum spontanen Niederlegen
nd führt mit seinem Vater ein geordnetetes Gespräch, wobei er s
ehmend nach den häuslichen Verhältnissen erkundigt. Verzehrt die er
ßwaren gierig. Bald nach dem Abschiede vom Vater wird Patien
rmend und unruhig.

12. Juni. Bis heute in der Zelle, schlägt mit den Fäusten hefti
ie Tür, hält bei der Visite spontan inne, ist fixierbar und zu einze
rdneten Antworten zu bringen, wobei sich Patient über Zeit, Ort u
tände gut orientiert erweist. Sobald die Ärzte entfernen,
eiter.

13. Juni. Schlägt bei der Frühvisite abermals heftig gegen die
rüßt A. mit den Worten: „meine Freiheit will ich haben.“ (Sobald S
nd.) Schlägt darauf heftig mit der Faust gegen das Fenster der Ze
ls wollte er A. einen Schlag versetzen. Schreit dabei: „Schweinke
er Nachtvisite sitzt Patient am Boden der Zelle und schreit laut und
rochen. Sobald er A. bemerkt, springt er auf und ruft: „Wann w
ndlich mein Nachtmahl bekommen?“ Schenkt den Fragen keine wei
chtung, sondern kehrt sofort wieder in die frühere Stellung zurück u
en Lärm fort.

14. Juni. Tagsüber luzide, unterhält sich mit Schachspiel. Sein
in intelligenter Paranoiker, gibt an, daß Patient ein ausgezeichnete
ei und während des Spieles den Eindruck eines vollkommen normalen M
nache. Der Anfall beginne ganz plötzlich damit, daß Patient ei
pucke und auf die Wärter zu schimpfen beginne.

16. Juni. Gestern unruhig, schlief nachts gut, zeigt bei der Mor
eordnetes Benehmen. (Wann war der erste Kreuzzug?) „Geschichte
eine schwächste Seite.“ (Dramen Schillers?) Patient beginnt verleg
Kleider zu ordnen und sagt nach längerer Pause: „Wallensteins
Kopfrechnen gelingt nur mühsam. Bei der Nachmittagsvisite ersch
Hemmung geschwunden und Patient ist zu geordneter Unterredung

Von 15. Juni bis 25. Juni erfolgt ein regelmäßiger Wechsel
normalen und krankhaften Phasen, jede derselben dauert ungefähr 24

gend in der Zelle, die Melodie ist ellenlang, schließlich knüpft er
ke an, die er durch das Zellenfenster wahrnimmt. Bei der Nach-
e schmiert er mit Speichel und Kot. Hat neulich nach Angabe der
n aus den Händen getrunken.

i. In der krankhaften Phase, die bis heute, wie angegeben, mit
chselt, wiederholt sich in der letzten Zeit stereotyp folgender Vor-
ent begrüßt A., gibt ihm ein paar sinngemäße Antworten, schreit
plötzlich „kehrt Euch“ und ruft laut die Namen von Ärzten und
Bei der heutigen Nachmittagsvisite steht er regungslos in der Zelle,
eine Bettdecke gehüllt, gibt auf Fragen keinerlei Antwort.

i. Gestern lucide, lärmt heute lebhaft. Auf die Frage, ob er H.,
Kameraden kenne, antwortet Patient „Ja, und er kann mich und
— —.“

i. Ganz geordnet, erzählt, daß der genannte Herr sein Freund
gerne schreiben möchte.

i. In der Zelle, singt laut die Volkshymne, beginnt lebhaft zu
bald er A. bemerkt. Als ihm eine Ansichtskarte gezeigt wird, um
ern (in der luziden Phase) für seinen Freund bat, nennt er dessen
chlägt am Abend wütend gegen die Tür, beruhigt sich aber sofort
eht, und bittet ihn flehentlich um Freilassung. Trinkt nach kurzer
das ihm gereichte Paraldehyd, schläft darauf ruhig ein.

uli. Morgens luzide, die Intermission dauert bis 4 Uhr nachts.

uli. Stellt sich in keck herausfordernder Haltung A. gegenüber und
neidigem Tone: „Habe die Ehre, guten Tag“ (keine Antwort)
hrt Euch, marsch.“ Als A. ruhig stehen bleibt, „Verzeihung, bitte
ldigung.“ Nachmittags beruhigt, beteiligt sich am Kegelspiele.

uli. Nachts gut geschlafen, unterhält sich bei der Frühvisite mit
aber plötzlich auf das Fensterbrett und streckt die Hände durch
hinaus. Angerufen, steigt er sofort herab und entschuldigt sich,
e Mäher draußen betrachten wollen. Bis 1 Uhr nachts ruhig, be-
zu lärmen.

uli. Muß bis nachmittags isoliert werden.

uli. Nach gut durchschlafener Nacht führt er heute mit A. ge-
terredung, hofft bald gesund zu werden, trägt Schreiberdienste
t hat ein kleines Geschwür am Sulcus coronarius.

uli. In der Zelle, schlägt lebhaft um sich. Als er A. sieht, ruft
„Behandeln Sie mein Geschwür.“

uli. Unterhält sich geordnet mit einem Herrn und schlägt, als
geht, mit aller Wucht die Tür hinter ihm zu.

uli. Aus der Zelle, anscheinend luzide, entlassen, schlägt er einen
henden Patienten zu Boden.

uli. Gestern tagsüber luzide, seit 4 Uhr morgens isoliert. Verlangt
ühvisite in barschem Tone seine Entlassung. Fragt A., ob er sich

mich — — — —“ Beruhigt sich nachmittags und ist ganz luzide.

24. Juli. Bis heute normales Verhalten, beschäftigt sich m spiel, Zeitungslesen, empfängt Besuche, mit denen er geordnete Un führt. Zeitweilig verzieht aber Patient plötzlich krampfhaft das G ginnt zu tanzen oder auf Tische und Bänke zu springen. Bei de Frühvisite gibt er eben noch A. ganz sinngemäße Antworten, sagt ganz unvermittelt: „Jetzt telegraphiere ich aus Port Arthur.“ N Weile: „Gestern war der Chefredakteur der „Zeit“ da.“ Wirft sich n zur Erde und weint.

27. Juli. Status idem. Grüßt heute A., als derselbe den Sa mit prononciert trotziger Miene, geht dann mit festen Schritten, auf dem Kopfe, heraus und schleudert heftig hinter sich die T einem sonst ganz korrekten Briefe an seine Verwandten findet sich Absatz: „Wärter L. reitet ein Pferd zu (richtig), derselbe war vo bei meiner Batterie eingerückt, folglich kann ich nicht früher hera er damit fertig ist, was nach seiner Berechnung sechs Wochen da das ist mir denn doch etwas zu lang.“

12. August. Patient zeigt andauernd ein durchaus geordnetes das nur ziemlich selten von impulsiven Handlungen, wie Auflache Pfeifen, auf Bänke Springen unterbrochen wird. Mitunter liegt er auc lang nur mit Hemd und Beinkleidern bekleidet im Grase.

18. August. Wird anläßlich einer Feierlichkeit den weiteren kreisen zugeführt, und benimmt sich gesellschaftlich in tadelloser

Januar 1905. Andauernd vollkommen geordnetes Benehmen, ihm erteilten Ausgänge pünktlich ein, verkehrt mit den Familien und Beamten, ohne je eine Inkorrektheit zu begehen. Seine Ko entspricht seinem Stande und Charakter. Leistungen, die im Kre früheren Beschäftigung liegen, wie Reiten, Kutschieren, Überwa Pferdewartung gelingen in promptester Weise, dagegen zeigt sich intellektueller Arbeit nicht geeignet. Er versagt schon bei einfache tätigkeit, da ihm ein Konzept gänzlich fehlt, bei Schreibarbeiten s wieder dieselben Fehler wiederholen. Letzteres auch bei früher nic mechanischen Leistungen, wie Kopieren von Photographien. Das lang betriebene Studium für eine Prüfung aus dem Rechnungsf Patient wieder aufgeben.

Im März wird Patient entlassen; er bekleidet eine zeitlang in einem Gestüte. Im Juli unverändert gutes Befinden.

Die untereinander der Art nach weit übereinstimme fälle waren hauptsächlich charakterisiert durch heftige m Agitation von durchaus einförmigem Wesen, Mangel ausgesp Affektes, Bewegungs- und Haltungsstereotypien, Rededr geringer Produktivität und ständiger Wiederholung gewis

, geringe Störung der Orientierung.

diesem Grunde wurde für das Zustandsbild im einzelnen die Diagnose katatoner Erregungszustand gestellt. Der Verlauf konnte die Zugehörigkeit des Falles zur Dementia nur klarer erweisen. Der am 19. Juli beobachtete Anfall alls es sich tatsächlich um einen epileptischen handelt, inwand gegen die Diagnose, da bereits *Kahlbaum* darauf daß epileptiforme Anfälle, choreaartige Konvulsionen chts und der Extremitäten, wogende Zuckungen einzelner sern (vergl. die im Lazarette beobachteten Muskelkrämpfe) Katatonie auftreten und spätere Beobachter epileptische m Verlaufe dieser Krankheit feststellen. Die Intermittenz gungszustände ist kein fremdartiger Zug dieses Krank- es, bei dem ja, wie auch *Kraepelin* betont, in einer großen Fällen ein mehr weniger rascher Nachlaß aller Krank- heinungen, wenn auch nur für Stunden oder Tage erfolgt. sammenstellung der im Burghölzli und in Rheinau be- en periodischen Katatonien bringt *A. Müller*,[1]) dessen älle der Gruppe C Tagesperiodiker sind, demnach dem formal entsprechen. Leider stammen beide Beobach- us einer Zeit, in der den katatonischen Symptomen noch Beachtung geschenkt wurde.

21. Fall, Frl. Z. S., 1882 in Rheinau aufgenommen, zeigte einen egelmäßigen Wechsel von „einem Mittag bis zum andern gut, bis sten schlecht. In guter Stimmung näht sie und führt noch ordent- räche in Deutsch und Französisch. In den andern Zeiten hat sie Gehörshalluzinationen und Illusionen: sie antwortet ihnen, oft mit und Dreinschlagen; macht oft unvermittelt rasche Bewegungen aus körperlicher Unbeweglichkeit heraus.“[2]) 22. B. E., 1878. Im Burghölzli typisch einen Tag ruhig, apathisch herumliegend oder sitzend, n Tag entweder heiter erregt, Choräle oder Zotenlieder singend, affektlos in singender Weise blöde Wahnideen vorbringend.“[3]) einau versetzt, hier gleicher Wechsel; einen Tag manisch mit Ge- ht bis zur Verwirrung, Bewegungsdrang, Singen, Schmieren, stereo- dlungen; den andern Tag ruhig arbeitend, oft mit deutlich melan- Zeichen.“[3])

Müller, Periodische Katatonien. Züricher Inaug. Diss. 1900.

c. cit. S. 42. [3]) loc. cit. S. 43.

Digitized by Google

umal im zweiten auch vielfach inhaltliche Übereinstimmu
lem unsrigen, dagegen unterscheiden sie sich von ihm
las stärkere Hervortreten von Halluzinationen und Wah
Fast nur formale Beziehungen hat unser Fall mit dem von
ls Katatonia alternans beschriebenen, bei dem „ein regelm
Turnus von starker Erregung und Verwirrtheit und ausgep
Stupor von gleicher Dauer erfolgte." Die durchschnittliche
der Erregungsphase betrug einmal in einem zehnwöchen
Abschnitte 25, jene der stuporösen 29 Stunden. In diese
ritt die Periodizität erst im Endstadium der Katatonie auf, w
Teil die inhaltliche Differenz mit unserem Falle erklären

Die Eigenart des Verlaufes legt es nahe, die Bezie
les hier beobachteten Krankheitsbildes zu der Gruppe je
erörtern, deren Artcharakter nach *Kirn*[2]) kurze Anfälle,
Störungen des Bewußtseins, große Erregung und intensive
rische Entladungen bilden (zentrale Typose mit kurzen
(Kirn), idiopathisches, periodisch wiederkehrendes Irresein i
von Delirium (*Krafft-Ebing*)[3]) Délire intermittent (*Taguet*)[4]
rekurrierende Verrücktheit *(Greidenberg)*,[5]) periodisch-delira
vorrenheitszustände (*Pilcz*).[6]) Die eigentümliche Verlaufsf
unter diesen Namen beschriebenen Krankheitsbilder, sowie d
ner gehörigen Fälle von *Morel*[7]) (1860) und *Pick*[8]) (188
aber auch eine Beziehung zur Epilepsie nahe, für die

---

[1]) *P. Näcke,* Raritäten aus der Irrenanstalt. Allg. Zeitschrift f. P
Bd. 50 S. 630—672. 1894.

[2]) *Kirn,* Die periodischen Psychosen, Stuttgart 1878.

[3]) *v. Krafft-Ebing,* Arbeiten aus dem Gesamtgebiete der Ps
und Neuropathologie III. Heft 1898. 4. Über idiopathisches periodisch
kehrendes Irresein in Form von Delirium. S. 119—137.

[4]) *Taguet,* Contribution à l'étude du délire intermittent.
nedico-psychologiques. Ser. VI. T. VII. p. 208—221. 1882.

[5]) *B. Greidenberg,* Zur Lehre über die akuten Formen der Ver
Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 53. S. 500—524. 1897.

[6]) *A. Pilcz,* Periodische Geistesstörungen. Jena 1901.

[7]) *B. A. Morel,* Traité des maladies mentales. Paris 1860.

[8]) *A. Pick,* Beiträge zur Klinik der Geisteskrankheiten. Arch.
Bd. 11. S. 1—26. 1881.

Digitized by Google

stisch angesehen wurden. Neben diesen äußeren Merkhienen aber auch innere Züge, so u. a. das auch in unlle an die epileptische Moria *Samts* erinnernde motorische auf die Zugehörigkeit zur Epilepsie hinzuweisen, die ins von *Morel* und *Krafft-Ebing* betont wurde. Gegen die he Natur unseres Falles spricht aber entschieden der on gröberen Erinnerungsdefekten. Neben der Erinnerung genen Handlungen besteht auch noch gutes Gedächtnis lle und Begebenheiten während der Anfälle bis ins Eino konnte Patient nachträglich noch genaue Angaben über ndlung seitens der Wärter geben und über kleinere Verrselben, die sie in seiner Gegenwart im guten Glauben ünftige Amnesie begangen hatten. Ferner das bloß vorde Auftreten von nicht epileptisch gefärbten Sinnesgen; die relativ geringe Orientierungsstörung im Anfalle; flußbarkeit durch stärkere Eindrücke während des Andlich der Charakter der Handlungen, denen das Blinde, re der Epilepsie fehlte, und für die nachträglich immer enten eine Motivierung gegeben wurde. So steigt Patient der Unterredung aufs Fenster um Mäher zu beobachten, nd stößt die Wärter wegen ihrer Nachlässigkeit, pocht ellentür, um herausgelassen zu werden, entschuldigt sich n Lärm, mit der Bemerkung, daß er doch niemanden aus afe gestört.

Samt, Epileptische Irreseinsformen. Arch. für Psychiatrie. Bd. 5. 4. 1874. Bd. 6. S. 110—216. 1875.

Digitized by Google

Ein Fall progressiver Paralyse im Ansch einen Unfall durch elektrischen Starkst

Von

Dr. **A. Adam**, II. Assistenzarzt der Anstalt Karthaus-Prül

Nach der Sonderabhandlung von *S. Jellinek*, „Elek logie. Die Erkrankung durch Blitzschlag und Starkstrom in k und forensischer Darstellung“ wird auf S. 216 der „el Unfall“ bedingt „einzig und allein durch Übergang von El auf den menschlichen bzw. tierischen Körper. Dadurch der Begriff „elektrischer Unfall“ gegen jede andere Kateg Unfällen scharf abgegrenzt.“ So gehören selbstverständli anderem die sog. Schreckneurosen, welche gerade bei g Art von Unfällen in ätiologischer Hinsicht häufig Schwie bieten, nicht hierher.

A. Eulenburg hat in seiner Abhandlung in Nr. 2 u „Berl. Klin. Wochenschrift“ neben anderem auch einen im Anschluß an einen elektrischen Unfall eingetretene tischer Seelenstörung angeführt, wobei er auf zwei be *Jellinek* mitgeteilte paralyseähnliche Erkrankungen info trischen Traumas hinweist.

Einen weiteren Fall derselben Erkrankung infolge arteten Unfalles hatte ich in hiesiger Anstalt zu beobac legenheit und möchte ihn, da es bei der Abgabe beson Unfallsgutachten oft von Interesse und Belang ist, au

[1]) Aus der Kreisirrenanstalt Karthaus-Prüll (Regensburg).

Digitized by Google

renthalten.

esondere wurde Wert darauf gelegt, in vorliegendem Falle
st nach ererbter oder erworbener Lues zu fahnden, da
keinem Zweifel unterliegt, daß wir heute mit der Syphilis
n Hauptfaktor in der Ätiologie der progressiven Paralyse
müssen. Erst nach Ausschluß jeder syphilitischen In-
nd sonstiger Ursachen habe ich mich berechtigt geglaubt,
lyse vorliegenden Falles in kausalen Zusammenhang mit
tgehabten elektrischen Trauma bringen zu dürfen und im
mitzuteilen:

, verheirateter Monteur,' 34 Jahre alt. Nach Angaben der gesunden
t S. seit 7 Jahren mit ihr verheiratet; Frau S. hat von ihm drei
inder und machte keine Fehlgeburten durch. Ein Vetter des S. ist
teskrank, in hiesiger Anstalt, doch konnte über psychische Er-
n usw. der Eltern und sonstigen Angehörigen und Verwandten nichts
ittelt werden. Vielmehr leben — nach behördlicher Mitteilung —
rn noch, der Vater 66, die Mutter 59 Jahre alt. Beide waren
und und erfreuen sich auch jetzt noch der besten Gesundheit. Alle
im Alter von 38, 36, 33 und 30 Jahren, sind verheiratet und sehr

Patient war früher gesund und kräftig, nur mußte ihm im An-
eine Phlegmone infolge einer Quetschung der rechte Ringfinger im
02 amputiert werden. Über irgendwelche luische Infektion konnte
rfahrung gebracht werden. Im Alkoholgenuß war Patient stets mäßig.
9. Juli 1902 erlitt S. dadurch einen Unfall, daß er bei der Reinigung
sformators einer Licht- und Kraftanlage (zweiphasiger Wechselstrom
Volt Spannung u. ca. 200 Ampère an der Zentrale) in den Strom-
t. Es entstand dadurch sog. Kurzschluß, dem Patienten wurde der
annt, außerdem erlitt er einige Brandwunden im Gesicht. Er war,
ßt, eine Zeitlang bewußtlos. Wie die näheren Umstände waren,
Augenblick des Unfalls mit Isolierhandschuhen usw. bekleidet war,
nicht erfahren. Im Sommer 1903, also nach ca. einem Jahr, fielen
ächtnisschwäche und Störungen in der Sprache auf. Im September
Jahres hatte er einen paralytischen Anfall, nach welchem er für
das Sprachvermögen ganz einbüßte. Am 19. Februar 1904 drängte
folge aufgetretener Größenwahnideen, welche seit Anfang dieses
standen. Er wollte sich ein Schloß und eine Villa bauen usw. Tags
rde er in das Krankenhaus zu M. verbracht.

ler Aufnahme dort befand sich Patient in reduziertem Ernährungs-
Am rechten Vorderarm waren einige kleine strahlige Narben sicht-

Phänomen in geringem Grade vorhanden. Starke artikularische
störung, Mitbewegung vieler Gesichtsmuskeln, die mit dem eigentlichen
nichts zu tun haben. Ausfahrende und zitterige Schrift, Auslassung
staben. Innere Organe ohne pathologischen Befund.

Psychischer Befund: Über Ort und Zeit war Patient nicht
doch gab er sein Alter und Geburtsdatum richtig an. Er zeigte ber
lich hochgradige Demenz. Fragen aus der Geschichte und Geogr
antwortete er in völlig unsinniger Weise; die einfachsten Reche
vermochte er nicht zu lösen. Stimmung meist recht vergnügt, of
viertes Lachen. Kein Krankheitsgefühl, keine Erinnerung für die
der letzten Zeit. Äußerung schwachsinniger Größenideen:

Er habe sich in G. ein Schloß gebaut, er und seine Frau ritt
zusammen aus, er habe mehrere Pferde und eine Bäckerei.

Bei der alsbald erfolgten Aufnahme in hiesiger Anstalt bot
somatischer wie psychischer Hinsicht den gleichen Befund. Besonders
waren: Starke Sprachstörung, träge Reaktion beider Pupillen, unsiche
bedeutende Intelligenzdefekte, lückenhaftes Gedächtnis, gleichmäßig in
Gemütsstimmung. Während seines Aufenthalts hierselbst bot P
typisches Bild fortschreitender körperlicher und geistiger Lähmung.
zusehends unbeholfener in Gang, Sprache und sonstigen Bewegunge
und Mastdarmlähmungen traten ein; nach einem auch hier bec
paralytischen Anfall wurde er fast völlig dement, so daß sich sein
lichen Äußerungen schließlich auf seinen mühsam hervorgestammelten
namen beschränkten. Nach etwa dreizehnmonatigem hiesigen
erfolgte nach starker Abmagerung und Gewichtsabnahme der Tod
Zeichen allgemeiner Erschöpfung.

Die Sektion ergab die Bestätigung der intra vitam unschwer
Diagnose: Das Schädeldach war dick und schwer, die Diploe gesc
Die Dura stellte über den Stirnlappen einen fluktuierenden Sack
dessen Eröffnung eine große Menge hellrötlicher Flüssigkeiten ab
harte Hirnhaut war an ihrer Innenfläche beiderseits, besonders aber
bis zu mehreren Millimetern dicken, rötlichen, teils mißfarbenen, ges
Auflagerungen, teilweise auch mit frischeren Blutungen bedeckt.
Dura und Haematomhaut befand sich eine Menge Blutgerinsel un
wiederum links mehr als rechts. In den Schädelgruben hafteten bi
dicke graurötliche Auflagerungen.

Die Pia war relativ wenig getrübt, jedoch stark verdickt und
und ließ sich nicht ohne Substanzverlust der Hirnrinde abziehen.

Ihre Venen waren stark mit Blut gefüllt. Die Hirnwindung
besonders über den Stirnpartien, stark atrophisch, die dazwischen
Sulci entsprechend verbreitert. Bei der Eröffnung der sehr erweitert
ventrikel floß eine große Menge Serum ab. Das Ependym in d
ventrikeln war glatt, im IV. Ventrikel zeigte es deutliche Granulatio

auf der Schnittfläche schmutzig bläulich-weiß aus, ließ wenig Blut-
och zahlreiche durchschnittene Gefäße erkennen. Die Substanz der
Rinde und der Großhirnganglien hob sich durch ihre bläulich-rote
tlich vom Mark ab. Die Konsistenz der ganzen, 1180 g schweren
se war merklich vermindert. Anderweitige Organerkrankungen,
ere Reste überstandener Syphilis, wurden nicht gefunden.

Anamnese, klinischem Verlauf und Sektionsbefund mußte demnach
er Berufsgenossenschaft für Feinmechanik in N. eingefordertes Gut-
hin abgegeben werden, daß S. an allgemeiner fortschreitender
der Irren litt, und daß diese geistige Erkrankung, und somit auch
auf den Unfall vom 29. Juli 1902 zurückzuführen sei.

gt man sich nun, in welcher Weise solch schwere Schädi-
der Hirnrinde durch Elektrizität zustande gebracht werden,
man darauf zurzeit noch keine in allen Punkten befrie-
Antwort geben können:

elektrische Trauma ist nach *Jellinek,* dessen Ausführungen
em Folgendem großenteils zugrunde liegen, als Resul-
der elektrischen, mechanischen, thermischen, chemischen
ktrolytischen usw. Komponente aufzufassen.

rein elektrische Wirkung dürfte sich in unserem Falle
derart geäußert haben, daß die feinsten Nerven und
zellen, Gefäßverzweigungen usw. durch die Berührung mit
om eine Massenverschiebung und vielleicht auch eine
nderung, eine Deformation, erlitten *(Jellinek).* Bei einem
n solcher Spannung und Intensität, wie in unserem Falle,
so schwere Schädigung des so empfindlichen Zentralorgans
klärlich. Erwähnt muß dabei werden, daß natürlich nicht
olt und 200 Ampère in Betracht kommen, sondern infolge
erstände durch die Haut usw. viel weniger.

der mechanischen Wirkung kommt wohl die krampfhafte
enziehung der Muskulatur der Gefäßwände in Betracht,
durch die plötzliche sekundäre Anämie des Gehirns die
sigkeit erklären könnte.

itens wird man auch den Druck auf die Hirnteile, welcher
xpansion der Blutgase und durch Volumzunahme der
pinalflüssigkeit entsteht, besser zu den mechanischen als

Digitized by Google

(med. Times and Gaz. Mai—Sept. 1868) hat schon vo
Zeit bei Tieren, die er mit seinem Induktionsapparat getö
als Hauptursache des Todes die plötzliche Expansion der
und die dadurch entstehende Gehirnerschütterung be
7 Jahre früher hatte *Eppenbeck* (Casp. Vierteljahrssch
Bd. 19) das Aderlaßblut eines vom Blitz (d. i. elektrisc
ladung) Getroffenen schaumig gefunden, wohl ein Zeiche
Expansion der Blutgase.

Bei der Erörterung der thermischen Wirkung des ele
Stromes muß man sich des elektrophysikalischen Satzes
daß jeder Leiter von dem ihn durchfließenden Strom
wird und zwar nach Maßgabe der Stromstärke und de
standes. Fließen mehr Ampère durch einen Leiter, a
Leitungsfähigheit beträgt, so wird der Leiter durch die ent
(sog. *Joule*sche) Wärme unter Umständen stark, oft
Schmelzen erhitzt, es entsteht sog. Kurzschluß. Wird der
liche Körper nun durch Anschließung an den Stromk
Leiter, so muß auch in ihm bei so hoher Strominten
-spannung, wie in unserem Falle, eine nicht unbedeutende
entwicklung stattfinden, welche naturgemäß die empfin
Organe, wie das Gehirn, auch am empfindlichsten schäd

Die elektrolytische Komponente kommt in vorliegend
nicht in Betracht, da durch Wechselströme keine Elektr
wirkt wird.

Warum nun nicht jeder heftige elektrische Insult
krankung der Hirnrinde hervorruft, warum nicht jeder ei
lyse, ob nicht andere Organe unter Umständen beson
schädigt werden, das hängt wohl von vielen Zufälligkei
Ort des Stromeintritts in den Körper und somit Art de
verteilung in ihm, individueller Widerstandskraft des Geh
anderem ab. Zum Teil haben wir dafür überhaupt kei
siblen Erklärungen.

Wenn vorstehende Ausführungen auch das Stattfin
Schädigungen unter anderem der Hirnrinde durch El
dokumentieren, so bleibt die Frage, warum hier gerade e
lytische Seelenstörung die Folge war, bis auf weiteres no

Digitized by Google

izität und über die Art ihrer Wirkung besitzen, nicht lich. Und so kann nach allem der Hauptzweck dieser nur der sein, das in diesem Spezialthema noch sehr tatistische Material etwas zu ergänzen und in einschlä- en von Begutachtung einen Präzedenzfall mehr an die geben.

Digitized by Google

Über kombinierte Psychosen nebst einem kasuistischen Beitrag.

Von

Dr. **Geist**, Arzt an der Kgl. Sächs. Landesanstalt Zschadra

I. Theoretisches.

Die Frage nach dem Vorkommen kombinierter Ps worunter ich das Hinzutreten einer Psychose zu einer bzw. zu einer psychopathischen Konstitution verstehe, ha wärtig eine andere Bedeutung wie früher. Ihre Lösun eng mit der Systematik der geistigen Erkrankungen zusamm vor nicht allzulanger Zeit gründete sich diese letztere in de sache auf die Symptomatologie: gewisse Symptomenk Zustandsbilder galten als spezifische Krankheitszustände sui Die Mangelhaftigkeit einer solchen Methode zeigte sic äußerlich nicht allein in der Zahl der angegebenen S sondern auch darin, daß sehr viele, ja geradezu die Krankheitsfälle sich nur sehr gezwungen in die versc Systeme einreihen ließen. Allerdings schälten sich aus de Menge der klinischen Krankheitsbilder doch schon einzeln noch heute anerkannte Erkrankungseinheiten mit zune Deutlichkeit heraus, wie die progressive Paralyse.

Gerade die Erforschung dieses Leidens ist es wohl die bei immer festerer Begründung seiner Spezifität der der früheren Systematisierungsmethode nachwies. Man die Paralyse zunächst unter dem Bilde einer klinisch reine verlaufen sehen; sie konnte *Korsakow*sche oder hysterisch

Digitized by Google

gst als „paralytische" kennen gelernt. Gelegentlich erwies
eine „Paranoia" oder ein „Querulantenwahn" als be-
Paralyse.

nge man Zustandsbilder mit spezifischen Krankheits-
identifizierte, mußte man natürlich hier, wie in allen
ällen, wo Symptomenkomplexe im Verlaufe einer zu-
ängenden Störung wechselten, die Diagnose auf „kombi-
ychose" stellen. Die heutige Psychiatrie berücksichtigt
Aufstellung ihrer Krankheitstypen auch noch andere
Ätiologie und Verlauf, eine Methode, die gerade wieder
ystematisierung der Paralyse so fruchtbringend gewesen
ielen Fällen, in denen die frühere Anschauung Kombi-
sah, werden wir gegenwärtig oft nur Spielarten dieser
r Erkrankung sehen können, wohingegen die Annahme
bination voraussetzt, daß zwei im Sinne unserer jetzigen
k unzweifelhaft verschiedene Krankheitstypen zur Beob-
gelangen.

zeitigen Stande unserer Wissenschaft entsprechend sind
Nachweis solcher Kombinationen verhältnismäßig enge
gesetzt. Wir sind nun einmal für die Beurteilung der
en Erkrankungen des Gehirns immer noch so gut wie
ßlich auf die gestörten Funktionen angewiesen. Und
andern, körperlichen Erkrankungen der objektive Befund,
Autopsie wenigstens in der übergroßen Mehrzahl der
e sichere Diagnose stellen lassen, so fehlt der Psychiatrie
fsmittel noch. Es liegt aber im Wesen der Funktions-
, daß sie nicht in gleich markanter Weise Unterscheidungs-
zeigen, wie die objektiven Veränderungen. Denn es
immer das eine in seinen Funktionen generell gleich-
gan, das auf die krankmachende Ursache reagiert. Des-
nnen oder müssen wir nach Analogie der krankhaften
ungen anderer Organe auch beim „Organ der Psyche"
Mannigfaltigkeit der Symptome doch gewisse wieder-
Grundtypen der Funktionsstörungen erwarten, wie Hallu-
, manische Zustände u. a. Auch dem Krampfanfall
h im allgemeinen eine solche Bedeutung beilegen. Gilt

Digitized by Google

auch bei einer ganzen Reihe anderer Krankheiten wie
Hysterie, dann auch bei der Paralysis progressiva, D
postapoplectica u. a. Nicht gar so selten beobachten wir
der Dementia praecox, nicht bloß bei den typischen Fällen,
auch bei paranoischen Verblödungspsychosen, die allem An
nach ebenfalls zur Gruppe dieser Krankheit zählen. Berück
man ferner noch, wie häufig Krampfanfälle neben psyc
Störungen, Aufregungs- und Angstzuständen, Delirien u
vielen Vergiftungen vorkommen, so hat die Anschauung v
sich, daß motorische Reizerscheinungen im weitesten Sinn
haupt mit zu den Allgemeinerscheinungen der psychische
rindenerkrankungen zählen, wobei ihr Auftreten von d
dehnung, dem Grade und der Lokalisation des Prozesses ab
könnte. Solche psychopathologische Grundtypen, zu de
ferner auch noch Symptomenkomplexe, wie „Verfolgungs
„Größenwahn“ rechne, können dann bei den verschie
Krankheiten vorkommen. Man wird ihnen oft eine sp
Färbung nicht absprechen können, wie z. B. dem Eifersuch
der Trinker, dem Größenwahn der Paralytiker, dem „gran
der Epileptiker u. a. Doch können sie auch in einer
Form nicht absolut für pathognomonisch gelten, da n
ebenso, wenn auch selten, bei anderen sicher verschiedener
treffen kann. Kommen solche Zustandstypen nun auch b
Erkrankung zur Beobachtung, bei der sie in der Regel fe
wird man sie — wenigstens bei unsern gegenwärtigen
nissen vorläufig noch — lieber im Sinne eines atypischen
der vielleicht durch eine ungewöhnliche Ausbreitung des P
bedingt ist, bewerten, als sich für eine Kombination ents

Für eine Kombination verlangen wir unbedingt, w
schon gesagt, zwei sicher verschiedene Erkrankungen, al
können aber bloße Zustandsbilder nicht gelten. Sehe ich
chronischen Vergiftungspsychosen ab, die im System eine be
Stellung einnehmen, so gründen wir unsere Diagnose einer
heitseinheit in der Hauptsache entweder auf spezifische Sy
die die erwähnten psychopathologischen Grundtypen beglei
Störungen von seiten des Projektionssystems bei der P

ezifische Symptome fehlen, und bei denen die Diagnose
n nur per exklusionem gestellt wird, die bisherigen Er-
n dafür sprechen, daß es auch bei ihnen gelingen wird,
ld nach ihrem Beginne gewisse Charakteristika heraus-
aber für die Beurteilung einer Kombination reichen diese
gen, soweit ich übersehe, bis jetzt noch nicht aus.

lich gestaltet sich die Bedeutung des Verlaufes für die
e einer Kombination. Wir dürfen annehmen, daß für
Psychosen das Ausbleiben einer Verblödung ebenso die
, wie für andere ihr Eintritt. Aber es ist klar, daß wir
n einzigen Merkmal nicht gleichzeitig charakteristische
für zwei kombinierte Psychosen erwarten können.

eine Reihe von Seelenstörungen bildet ferner die Peri-
ein in dem Vordergrund stehendes Symptom. Sicherlich
spezifische Bedeutung für den einzelnen Fall unbestreitbar,
unsere Frage der Kombinationen dürfte sie ziemlich
sein. Denn einen periodischen Verlauf, wenn auch viel-
cht mit dieser Regelmäßigkeit, finden wir sehr häufig.
h können Hysterie, Epilepsie und Paralyse verlaufen,
praecox und paranoische Verblödungszustände können
it periodisch auftretende Erregungsphasen zeigen, und
e „Paranoia periodica“ ist beschrieben worden. Daraus
aber schließen, wie die Periodizität für den Ablauf der
en Funktionen des Zentralnervensystems überhaupt die
rstellt, so bildet sie wahrscheinlich auch einen Verlaufs-
seine Erkrankungen. Jedenfalls ist sie nicht geeignet,
chlag für die Diagnose einer Kombination zu geben.

ersehen aus dem Vorstehenden, daß die große Zahl der
ngen, die man unter dem Sammelnamen der einfachen
rung zusammenfaßt, im allgemeinen keine glücklichen
für den Nachweis einer Kombination wenigstens gegen-
ilden, am allerwenigsten, wenn sie sich miteinander
eren“. Selbstverständlich kommt es dabei immer noch
einzelnen bestimmten Fall an. Denn an sich kann man
ichkeit nicht bestreiten, daß zu jeder spezifischen Er-

Digitized by Google

denkbar, daß ein Paranoiker schließlich an Paralyse e
das umgekehrte Verhältnis dürfte aber ausgeschlossen sei

Eine völlig befriedigende Beantwortung der Frage ü
kombinierten Psychosen werden wir überhaupt erst dann e
können, wenn wir an der Hand einer geklärten Systema
größere Anzahl einwandfreier Fälle geprüft haben. In
dürfte es nicht unangebracht sein, einzelne Gruppen von
zu betrachten, die geradezu häufiger vorkommende Typ
Kombinationen darzustellen scheinen.

So taucht diese Frage gar nicht selten beim ange
Schwachsinn auf. Wenn letzterer die Folge eines völlig abgel
Prozesses ist, so stellt er gewissermaßen die konstitutionell
für den betreffenden Menschen vor. Solche Personen
dann natürlich ebenso noch an einer Psychose erkranken
geistig höher stehenden, wobei allerdings der Ausbildu
Wahnsystemen gewisse Grenzen gesetzt sind. Prüft m
geistigen Erkrankungen der Imbezillen, so fällt einem d
herrschen der manischen Erregungszustände oder überha
„affektiven Psychosen“ auf. Es fehlt mir allerdings ein Ü
darüber, wieviel Prozent Schwachsinnige überhaupt noch
hin geistig erkranken. Nach den in der Anstalt gemach
fahrungen scheint aber der Schwachsinn eine gewisse Dis
für die affektiven Psychosen zu schaffen. Trotzdem zög
mich hierbei im allgemeinen für Kombinationen zu ents
Es ist ja von verschiedenen Seiten darauf aufmerksam
worden, daß nicht wenig Kranke, die an irgend einer perio
affektiven Geistesstörung erkranken, in früherer oder
Kindheit an einer organischen Krankheit des Gehirns bzw
Häute gelitten haben. Die Wahrscheinlichkeit, in dieser
kung die Ursache für die spätere Psychose zu finden,
manchen Fällen groß. Aber auch für den Schwachsinn
wir als häufige Ursache ein solches überstandenes Gehi
in Anspruch. Da ist es denn doch naheliegend, in dem A
einer periodischen Seelenstörung bei einem Imbezillen di
eines und desselben, auch den Schwachsinn ursprünglich

Digitized by Google

ung nicht so schwer, daß sie zum Schwachsinn geführt
ie hat dann nur die Veränderungen geschaffen, die später
odischen Seelenstörungen verursachen. Ob man bei einer
Auffassung dann von „Kombination“ sprechen will, ist
s in gewissem Sinne Geschmackssache; ich möchte hier-
igstens nicht von einer reinen Kombination reden.
nlich steht es auch mit dem Vorkommen der Dementia
bei angeborenem oder ganz früh erworbenem Schwach-
uch hierbei ist geltend gemacht worden, daß die Dementia
möglicherweise nur ein Neuaufflackern jenes alten Prozesses
der seinerzeit zum Schwachsinn führte. Unter meinem
unzweifelhafter Dementia praecox-Fälle finde ich aus-
ene Imbezillität zwar nur vereinzelt; dagegen ist in der
se auffallend häufig eine geistige Minderwertigkeit ver-
wie „dürftig, wenig begabt, schwach, sehr schwach be-
Lernen fiel ihm schwer“ u. a. Die Häufigkeit solcher Zu-
die man ja prinzipiell nicht von der Imbezillität als
em Krankheitsbilde trennen kann, ist bei meinen Fällen
mentia praecox so groß, daß ein zufälliges Zusammen-
eine Kombination nicht gut denkbar ist. Es erscheint
hier und dementsprechend auch beim angeborenen
sinn die Meinung die richtige, die für solche Fälle eine
sehr früh einsetzende und in Schüben verlaufende Dementia
annimmt.

n Interesse sind ferner auch die durch Epilepsie herbei-
n Kombinationen. Ich sehe hierbei von der „Hystero-
e“ ab: sie bildet ein Kapitel für sich. Das Vorkommen
epsie wird auch bei paranoischen Zuständen beschrieben,
ar scheint dieses Vorkommen doch nicht so vereinzelt zu
ß man an eine ganz zufällige Kombination denken könnte,
. bei der Erkrankung eines Epileptikers an Tabes. Viel-
at es den Anschein, als ob das Auftreten von Epilepsie
anoischen Zuständen wiederum einen Typus von Kombi-
vorstellt.

weit ich übersehe, ist es der Krampfanfall, der der Dia-
ner kombinierenden Epilepsie zugrunde gelegt wird. Die

Digitized by Google

denen der Anfall eine Zeitlang oder auch für immer das Krankheitssymptom ist. Trotzdem dürfte, wie ich oben aus habe, ein Krampfanfall noch nicht beweiskräftig für eine hierende Epilepsie sein. Gehören Krampfanfälle mit z Bilde der Dementia praecox und den paranoischen Verbl psychosen, dann vermag ich in dem Vorkommen aussch von Krampfanfällen bei andern paranoischen Zustände Kombination noch nicht als erwiesen ansehen: auch der „ des Anfalles dürfte hierbei nicht ausschlaggebend sein.

Klinisch am besten nachweisbar erscheinen nun die nationen einer Psychose mit der progressiven Paralyse. In solchen Zusammentreffen kann man geradezu das Paradig kombinierten Psychosen erblicken. Hier liegen die Verh für den Nachweis insofern günstig, als die Paralyse schon genügend charakterisiert ist und auch ihre beschränkte eine Beurteilung in der erwähnten Richtung erleichtert. verständlich muß auch hier strenge Kritik geübt werden, nicht einleitende Symptomenkomplexe als Krankheiten sui aufgefaßt werden.

2. Kasuistischer Beitrag.

In den letzten Jahren konnte ich einen Kranken beob dessen Paralyse als Kombination einer „Schreckneurose" Als kasuistischer Beitrag soll die Beschreibung dieses Fall wiedergegeben werden. Allerdings handelt es sich da eine Erkrankung, die im allgemeinen nicht zu den Psy im engeren Sinne gerechnet wird. Aber ganz abgesehen daß solche „Schreckneurosen" sicherlich den echten Psy innerlich verwandt sind, rechtfertigt in dem vorlie Falle die Schwere der Neurose sowie das Vorhandense psychischen Anomalien, wenn auch vielleicht — genauer thischer Status fehlt übrigens — nur leichteren Grades prinzipielle Einreihung unter die Psychosen.

Die Wiedergabe der Krankengeschichte erfolgt summ

Kaufmann X. (Zschadraß Nr. 710), geboren 1866, verheirate

Digitized by Google

er langsam. Über Lues nichts bekannt. Angeblich frei von irgend-
nervösen oder geistigen Störungen bis November 1896. Damals
nunfall. Bei einem Zugzusammenstoße „fiel er zwischen die Bänke".
te aber noch die Fahrt von der Unfallstätte bis zum Bahnhof Y.
m Bahnwagen zubringen. Auf dem Bahnhofe verließ er dann den
e fremde Hilfe und begab sich in die Fahrkartenausgabe. Hier
auf einem Stuhle sitzend anscheinend bewußtlos vom Bahnhofs-
angetroffen. Er gab auf Anrufen keine Antwort, sondern ließ nur
e, wie „Ach Gott, ach, oh" usw. hören. Später — wohl beim Namen
— machte er die Augen groß auf, sah den Inspektor an und
un „wie perplex". Er rutschte in steifer Haltung vom Stuhle
und verfiel in eine Art von Krämpfen, in deren Verlauf er mit den
zuckte. Den Verletzten in einen Wagen zu bringen, gelang auch
der Hilfe nicht, da er in steifer Haltung verharrte nnd heftig schrie
st hinzugekommene Arzt fand den X. anscheinend bewußtlos auf
hle sitzend vor; ihn aus seiner Bewußtlosigkeit zu wecken gelang
elmehr rutschte er in steifer Haltung immer wieder vom Stuhle
Bei jeder Berührung schrie er heftig, ebenso als er in den
ransportwagen gebracht wurde. In anscheinend bewußtlosem
mit Schaum vor dem Munde ins Krankenhaus. Augenmuskel-

Vormittag des nächsten Tages, 5. Nov. 1896, wo der Verletzte immer
n Eindruck eines Bewußtlosen machte, erkannte er seinen Vater
ohl aber nachmittags nach Wiedererlangung des Bewußtseins. Am
Tage nach dem Unfalle bei Bewußtsein, aber apathisch. Status
findlichkeit am Brustkasten und entlang der Wirbelsäule, unfähig
urichten. Keine äußern Zeichen einer Quetschung des Brustkorbes
Erbrechen und Blutauswerfen. Subnormale Temperaturen.
Dezember 1896 überführt ins elterliche Haus. Anfangs große Schmerz-
chkeit, Schlaflosigkeit, heftige Kopfschmerzen, nochmals blutiger
Später Schmerzhaftigkeit geringer, Status: Keine Verletzung an
beln und Rippen nachzuweisen. Rippen auf Druck, besonders links
merzhaft. Rückenwirbel namentlich zwischen den Schulterblättern
ckempfindlich. Temperatur niedrig, Puls klein und beschleunigt
Extremitäten Schmerzempfindlichkeit stark herabgesetzt, bei tiefen
hen zuckt Patient gar nicht, während er am Rumpfe bei der leisesten
g empfindlich ist. Hautreflexe normal, Sehnenreflexe eher etwas
t. Pupillenreaktion gut. Patient behauptet, schlecht sehen und
en zu können. Flimmern vor den Augen. Kann kaum auftreten
bei am ganzen Körper, droht hinzufallen. Ende Januar 1897 starke
tome etwas nachgelassen: bis Frühjahr 1897 dauernd im Bett
en ganzen Tag auf dem Sofa, kann etwas auftreten. — März 1898

enutzung eines Stockes erfolgt. Der rechte Fuß dabei ziemlich hoc
achgeschleppt. Noch wesentliche Druckempfindlichkeit der Rücke
vischen den Schulterblättern. Heftiges Kopfweh, starke nervöse Reiz
limmern vor den Augen, allgemeine psychische Verstimmung. Schlafl
- Juni 1898. Gehen nur an Stöcken möglich. — August 1899. Mu
eist im Fahrstuhl gefahren werden, kann nur wenig Schritte sicher
enschenscheu. — Anfang 1900. Kann nicht ohne Stock gehen, recht
elähmt, Gang hinkend, starke Kopfschmerzen, Schmerzen im Rüc
en Seiten und Beinen; Husten und Blutauswurf noch fortdauernd (?
öllig erwerbsunfähig, meist bettlägerig, nur stundenweise außer Be
ktober 1900. Hinkender, unbeholfener Gang, Stock, Gedächtnisse
- Juni 1901. Neue Badereise, Besserung in der Bewegung des
eines. — Februar 1902. Leidet noch an traumatischer Neuro
eiteren Besserung Badereise notwendig. — Sommer 1902. Ba
atient ist nicht imstande, allein zu reisen. — Spätsommer 1902.
efindet sich in einem sehr schlechten körperlichen und geistigen Zu
erfolgungsideen, Selbstmordversuch. — Oktober 1902. Verfolgun
rößenwahn, Sinnestäuschungen: Der König stellt ihm Extrazüge,
at über riesige Geldsummen zu verfügen, Leute steigen ins Fens
n zu berauben usw. usw. — Seit dem Unfall völlig erwerbs
reitigkeiten wegen der Höhe der Entschädigungen. Pfändung
haltenen Gelder durch Gläubiger, sehr viel Ärger.

Aufnahme in Zschadraß 10. November 1902. Status: Blöder G
sdruck, schlecht genährt, Pupillenreaktion träge. Zunge weicht na
, fibrilläre Zuckungen. Sprachstörung. Leichter statischer Treme
hrungsempfindlichkeit überall vorhanden. Bei Stichen zuckt der
bhaft zusammen. Fußsohlenreflex sehr erhöht, Patellarreflexe l
eine Motilitätsstörungen. Verworrene Ideenflucht: Erhält Geld vo
hen Kaiser, großartige Wäsche vom König. Von Rußland, vo
aaten bekommt er Militär zum Schutze seines Geldes usw. Später
een immer abenteuerlicher: Patient ist unverletzlich, kugelsich
sen, wiegt 800, 8000, 80000 Zentner, ist der erste Mann von Deut
ann einförmige (öfters wiederholend): „Ja, Karl ist ein schöner
r ist roter Husar.“ Gedächtnis nimmt ab, Bewegungen werden u
atient wird unsauber und schmutzig. Bald nach der Aufnahme
nruhe. Schläft schlecht, schwatzt und schimpft Tag und Nacht.
el umher, wirft seine Betten durcheinander. Erregungszustand
nterbrochen an. — 3. März 1905. Krampfanfälle bis zum Tode 4. Mä
- Obduktion. Leptomeningitis chronica, Ependymitis granulosa,
phalus internus. Konsistenz des Gehirns vermehrt. Gehirn- und
arkszeichnung makroskopisch regelrecht. Basalgefäße verdickt und
oronargefäße gefleckt (Patient 39 Jahre alt!). An der rechten Stir
aengroßes Geschwür usw. —

Digitized by Google

der liegt ein fortlaufender Nervenstatus in unserm Falle nicht vo
wechselte zudem vor seiner Aufnahme in die Anstalt mehrmals di
nden Ärzte, so daß die Berichte auch der Einheitlichkeit entbehren
Anstalt selbst vereitelte der Zustand des Kranken eine genauer
nde Untersuchung.

ssen wir das wesentlichste noch einmal zusammen, s
sich zunächst unzweifelhaft, daß X. an progressive
e litt und daran gestorben ist. Übereinstimmend wir
von allen behandelnden Ärzten die dem Unfalle folgend
eit als „traumatische Neurose" bezeichnet. Auch di
enden Berichte lassen zu keiner andern Auffassung de
kommen. Was zudem die Gehstörung anbelangt, di
rbrochen mit nur einiger und wahrscheinlich vorüber
er Besserung nach 5jährigem Bestande bis zum Ausbruch
ralyse anhielt, so beweist schon der Verlauf bzw. da
schnelle Verschwinden nach fast 6jähriger Dauer, da
e organische Grundlage gefehlt haben muß. Überhaup
die ganze Art des Unfalles gegen eine zum mindeste
ere Läsion des Zentralnervensystems; Patient ist zwische
nke gefallen, hat wieder Platz genommen, ist noch kurz
uf der Bank sitzend gefahren, hat den Zug ohne jed
Hilfe verlassen, sich in das Stationsgebäude begeben un
edergesetzt. Erst von dem Augenblick an, wo der Patien
obachtung unterworfen wird, beginnen die Erscheinungen
einem Male einen so überaus schweren Charakter an
nen haben. Mögen auch Kontusionen nicht gefehlt haben
lls ist ausschließlich das psychische Trauma das ursächlich
t der nachfolgenden „Schreckneurose".

an wird sich aber immerhin noch die Frage vorlegen
, ob diese Neurose nicht ebenso schon der Ausdruck de
schen Erkrankung gewesen ist, wie etwa eine der Paralys
ehende Neurasthenie, so daß also ein einheitliches Leide
ine Kombination hier vorläge. Einzelne Fälle von Paralyse
rch ein psychisches Trauma ausgelöst sein sollen, sind j
eben worden. Eine solche Rolle scheint aber das (ein
psychische Trauma, wenn überhaupt, so doch nur i

Digitized by Google

ach einem psychischen Trauma beobachteten Unfallserkran
üßte ein solches Vorkommnis entschieden häufiger sein,
ie condicio s. q. n., die Lues, nicht eben oft fehlen dürf
nserem Falle scheinen mir aber außerdem gegen diesen Zusa
ang schon das plötzliche Einsetzen der Symptome, de
nd die lange Dauer, sowie das schnelle Verschwinde
otilitätsstörungen zu sprechen. Dazu kommt dann no
anze Krankheitsverlauf, der dagegen spricht.

Setzen wir den Anfang der Paralyse wirklich in d
es Unfalles, dann würde die Krankheit bis zum Tode $8^1/_2$
edauert haben. Das wäre eine ungewöhnlich lange Zeit. F
ommen gelegentlich solche Fälle zur Beobachtung; abe
agen doch zu dieser Dauer zwei bestimmte Faktore
ämlich die Remissionen und ein ausgedehntes Stadiu
iechtums. Von einer Remission kann man hier nicht sp
om Jahre 1902 an hat das Leiden seinen deutlich progr
harakter. Vorher blieben die Symptome in der Hau
tationär. Tritt auch im Laufe der Jahre, besonders nac
adereise, eine leichte Besserung ein, so kann doch von
irklichen Nachlaß der Krankheit nicht die Rede sein.
uch ein Stadium ausgesprochenen Siechtums fehlt. Wir
aß ein solches Stadium, in dem die Patienten nur noch
eren", sich oft über sehr lange Zeit erstrecken kann.
atient war allerdings wohl infolge seines hartnäckigen,
ehandlung trotzenden Erregungszustandes zu einem
rade der Erschöpfung gelangt, daß eine Erholung nicht
öglich war, der paralytische Prozeß hatte einen solchen
enommen, daß selbst eine Weiterexistenz unter den Bedin
ines hochgradigen Marasmus ausgeschlossen war. Dam
ber auch gleichzeitig die Krankheitsdauer im vorliegende
eschränkter, als in anderen mehr schleichend verlaufenden

Gerade darum müßte es auffallen, daß eine P
$^1/_2$ Jahre lang hätte bestehen können. Schon wenn es s
inen Patienten handelte, dem gleich nach Ausbruch der
eit alle erdenkliche Pflege zuteil geworden wäre, wür
icht recht erklärlich sein. Hier vollends würde meines Er

Digitized by Google

r über den Charakter und die Prognose des paralytischen
es wissen. Man würde annehmen müssen, daß eine
e, die bisher noch keine klinischen Erscheinungen machte
n durch ein psychisches Trauma unter den schwersten
nungen zutage tritt und weiterhin 6 Jahre lang ohne jede
sion verläuft, trotzdem in der Folge schwere gemütliche
ion und langjähriger Ärger den Patienten heimsuchen
aber ganz unwahrscheinlich. Vielmehr ist die durch das
e Bild gegebene Erklärung die folgende: Durch den
hat sich Patient eine traumatische Neurose zugezogen
ie gemütlichen Erregungen infolge der Krankheit und der
über die Geldfrage kommt es zur Entstehung einer pro-
n Paralyse bei einem in seiner Widerstandsfähigkeit durch
rose — über Lues ist nichts bekannt — herabgesetzten
ystem.

nit läßt sich meines Erachtens der vorliegende Fall nur
e durch hinzutretende Paralyse kombinierte „Schreck-
" auffassen. Es fragt sich nun, und damit gewinnen die
erten Psychosen unser Interesse, in welcher Weise wird
nzelne Krankheit durch die andere modifiziert? Hierauf
n schon von vornherein auf Grund theoretischer Erwägungen
en, daß vermutlich die Paralyse bei ihrem hervorragend
nden Charakter sehr bald alle der vorausgegangenen
eit angehörigen Symptome verwischen und dem Leiden
peziellen Charakter aufdrücken wird. Dagegen wird die
Überganges, also des Beginns der Paralyse, die wichtig-
fklärungen erwarten lassen. Leider versagt gerade hier
zur Verfügung stehende Anamnese. Wir sind daher auf
he von Befunden aus verschiedenen Zeiträumen angewiesen
ntbehren auch diese nicht interessanter Feststellungen.

f zweierlei hätten wir unsere Aufmerksamkeit zu richten
Sensibilitäts- und Gehstörung. Zu Beginn der Erkrankung
e starke Schmerzempfindlichkeit am Rumpf und die
losigkeit an den Gliedern auf. Bei der ersten Untersuchung
ienten in der Anstalt wurde eine gleichmäßig verbreitete
lichkeitssteigerung festgestellt, später war die Schmerz-

Digitized by Google

ch bin geneigt, sie als Residuum der vorausgegangenen
ufzufassen, gebe aber zu, daß ein Beweis hierfür nicht e
verden kann. Eigenartig ist ferner noch, daß die ursprt
Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit an den Glieder
nehr besteht. Diese Erscheinung ließe sich ebenso deut
der Wegfall der Gehstörung. Ich will indessen hierau
weiter eingehen, da ich nicht umhin kann, auf folgend
uweisen. Einerseits ist die Anamnese in bezug auf die
ilitätsstörungen, namentlich in späterer Zeit zu lück
Dann aber war bei der Aufnahme X.s über die Neurose
ichts bekannt, als die Tatsache ihres Eintritts nach einen
nd ihre Dauer. Erst viel später bei Abfassung eines Gut
vurde das oben angeführte Material bekannt. Wurde Pa
der Anstalt auch in üblicher Weise genau und allseitig unt
o war doch die Aufmerksamkeit nicht gerade auf diese
beobachtete Sensibilitätsstörung gelenkt. Ich zweifele nicht
daß ein Unterschied in der Sensibilität des Rumpfes u
Glieder, besonders bei der gesteigerten Schmerzempfindl
icher aufgefallen und vermerkt worden wäre, will abe
diesen Punkt auf sich beruhen lassen.

Etwas genauer sind wir über die Gehstörung X.s unter
Ob wirklich nur das rechte Bein gebrauchsunfähig gewe
vie es nach einigen Angaben der Anamnese scheinen
nag dahingestellt bleiben. Jedenfalls bestand eine hoch
Gehstörung, die sich zwar im Laufe der Jahre, besonder
iner Badereise, um etwas gebessert hatte, doch war Pat
um Ausbruch der Paralyse davon noch nicht wieder
Leider sind die anamnestischen Angaben hierüber au
llgemeiner Natur. Wir müssen uns deswegen mit de
tellung begnügen, daß die ungefähr 6 Jahre lang best
urch einen Unfall herbeigeführte Gehstörung mit dem A
er Paralyse ganz verschwunden ist. Denn bei der Aufnah
n die Anstalt November 1902 war von irgend einer Behi
es Ganges keine Rede mehr. Juni 1901 war durch eine
eise eine Besserung aber keine Heilung des in seiner Be

Digitized by Google

enfalls war also die Gehstörung zur Zeit des Auftretens
lyse verschwunden. Aus der Tatsache, daß diese Wieder-
ng der Gebrauchsfähigkeit der Beine oder des rechten Beines
langen Bestehens so vollständig und innerhalb so kurzer
igt, ergibt sich unbedingt, daß der Gehstörung organische
rungen im gewöhnlichen Sinne nicht zugrunde gelegen
önne. Die Gehstörung war in unserem Falle, wie sich
n aus der Ursache, einem psychischen Trauma, schließen
ychisch bedingt, psychogen, ein für die Lehre von den
schen Neurosen überhaupt wichtiges Resultat. Die viel
beobachteten Gehstörungen bei X. unterschieden sich in
von den im allgemeinen bei vorgeschrittener Paralyse
henden, wie überhaupt die Paralyse abgesehen vielleicht
anfänglichen Hyperästhesie keine ihr fremden Züge zeigte.
Verschwinden der psychogenen Symptome beim Ausbruch
lyse überrascht nicht, wenn man einerseits die Natur
ktionellen Störungen und andererseits den Charakter des
chen Prozesses erwägt. Freilich ist eine Erklärung über
sen dieses Verlaufes so lange unmöglich, als wir einen
en Einblick in die funktionellen Störungen nicht ge-
haben. Wir müssen uns deswegen mit der tatsächlichen
ung begnügen und bedauern nur, daß eine genauere
se namentlich für die Zeit fehlt, die dem Ausbruch der
kurz vorher ging.

Digitized by Google

Die Gefährdung der Nachkommenscha durch Psychosen, Neurosen und verwan Zustände der Aszendenz.

Von

Dr. **Tigges**, Düsseldorf.

Wenn man eine genauere Kenntnis von den Fam denen Geisteskranke vorkommen, haben will, so muß Gesamtzahl der in denselben vorkommenden Geistesk inklusive der nicht in Anstalten aufgenommenen, fes ebenso die Zahl der Gesundgebliebenen und früh Verst In folgender Tabelle (S. 449) geben die beiden ersten die Kinder der in den Schweizer Anstalten 1892 und in S berg 1876—77 Aufgenommenen (nach Schweizer S 99. Lieferung; *Laehr*s Zeitschrift, 35. Band). Auf 10 (Verheiratete und Verwitwete und Geschiedene) kommen Schweizer Anstalten (letzte Zeile) 5,9 psychisch Abno Sachsenberg 9,5. In letzterer Anstalt liefert die aufs Erblichkeit 18,6 % Geisteskranke, die gleichstehende ga die Nichterblichkeit (nichterblich gilt hier natürlich v Aufgenommenen, den Eltern, nicht von den Kindern) 5, die Schweizer Anstalten liegt für die Erblichen usw. d der Ehen nicht vor. Die Berechnung geschah nach d nahmen. Da von diesen die Ledigen etwa die Hälfte aus (49,5 %), so muß man, um den wirklichen Verhältnissen zu werden, die berechnete Zahl verdoppeln, wie a Vergleich der letzten Zeile der Schweizer Anstalten (Ber der Summe nach den Ehen), mit der vorletzten (nach d

Digitized by Google

it denen von Sachsenberg überein, die Nichterblichen
nöhere Ziffern als die Erblichen usw. Da jedoch die
er Resultate den übrigen (auch den nachfolgenden)
echen, so werden sie wohl in zufälligen Umständen
et sein.

Kinder der aufgenommenen Geisteskranken resp. der Eltern der Aufgenommenen

	Abteilung I			Abteilung II				Abteilung III			
				Kinder				Auf 100 Ehen (Gesamtzahl) kommen Kinder			
	Zahl der Ehen	Zahl der Ehen ohne Kinder	Zahl der Aufnahmen	Gesamtzahl	bis 15 Jahr verstorben	lebende gesund	lebende krank	Ges.-zahl	—15J. verst.	gesund	geist.-krank
Anstalten I				Kinder der Aufgenommenen							%
Erblichkeit	—	—	920	—	—	—	24	—	—	—	2,6
ende Erbl.	—	—	198	—	—	—	7	—	—	—	3,5
r Erblichk.	—	—	1118	—	—	—	31	—	—	—	2,8
ch	—	—	858	—	—	—	26	—	—	—	3,0
Summe...	—	—	1976	—	—	—	57	—	—	—	2,9
	973	229		2948	763	2128	57	303	78	225	5,9
nberg I[1])		24%									
nde Erblich.	43	3	—	138	19	103	8	321	44	240	18,6
ende Erbl.	13	2	—	45	6	34	—	346	46	262	—
ch	70	11	—	188	15	136	4	268	21	194	5,7
Summe...	126	16 = 13%		371	40	273	12	294	32	217	9,5
Anstalt. II				Kinder der Eltern der Aufgenommenen							
nde Erblich.	920	—	—	—	—	—	1219	—	—	—	134
ende Erbl.	198	—	—	—	—	—	—	—	—	—	200
ch	858	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100
Summe...	1976	—	—	—	—	—	2375	—	—	—	120
nberg II											
nde Erblich.	82	—	—	411	19	237	100	501	23	277	122
ende Erbl.	20	—	—	75	2	24	37	375	10	120	185
ch	88	—	—	385	20	231	88	437	22	262	100
Summe...	190	—	—	871	41	492	225	458	21	259	118

gewonnenen Resultate müssen bedeutend unter dem
en Maße bleiben, weil (in Sachsenberg und auch

oder jugendlichem Alter stehen. Ein Drittel bis zur Hä
Kinder waren unter 15 Jahren, keins über 40 Jahre.

Die letzte Zeile beider Angaben gibt für 100 Ehe
die Zahlen für die übrigen Kategorien der Kinder a
Zahlen von Sachsenberg bleiben überall, mit Ausnah
Erkrankten, hinter denen der Schweizer Anstalten
Die Gesamtzahl der Kinder beträgt beiderseits etwa
100 Ehen.

In Sachsenberg haben die Nichterblichen geringere
als die Erblichen, die früh Gestorbenen erreichen ni
Hälfte der Erblichen.

Bezüglich des Kinderreichtums der gewöhnlichen E
zu bemerken, daß (nach Preußischen Jahrbüchern 1906
als günstig gilt eine mittlere Fruchtbarkeit von 4,5 Kind
eine Ehe, Irland hat 5, Frankreich am Ende des 19
hunderts 2,6.

Die beiden folgenden Abteilungen enthalten die Auf
und deren erkrankte usw. Geschwister. Hier gibt es
Ehen, als Aufnahmen. Daß zuweilen auch Geschwister zu
aufgenommen worden, ändert das Resultat im ganzen
Auf 100 Aufnahmen gleichstehender Erblichen (= 100
gehören zum wenigsten 200 erkrankte Kinder. Die Sc
Anstalten bringen bei der Detailaufführung diese Zah
Ziffer von Sachsenberg ist geringer, weil einige gestorb
Bei Nichterblichen kommen auf 100 Ehen 100 erkrankte
Mehr können hier nicht vorkommen, weil die Aufnahme
in eine andere Kategorie kommen würden.

Die Zahl der erkrankten Kinder bei den Eltern d
genommenen ist bei den Schweizer Anstalten II und bei S
berg II ziemlich gleich (120 - 118), bei den Erblichen
als bei den Nichterblichen. In Sachsenberg II betr
Gesamtzahl der Kinder 458, also wie natürlich, namha
als bei den Kindern der Aufnahmen. Hier ist die Ges
der Kinder und die der Erkrankten bei den Erblichen
die der Gesundgebliebenen kleiner, die der Gestorbenen

Digitized by Google

Koller (Archiv für Psychiatrie, 27. Band) hat bei
en von Aufnahmen (in Zürich) die Zahl der erkrankten
ster festgestellt. Sie fand bei 370 Aufnahmen 135 erkrankte
ster, bei 1850 Aufnahmen 744 erkrankte Geschwister.
acht auf 100 Ehen, aus denen die Aufgenommenen
, bei den 370 Aufnahmen 136, bei den 1850 Aufnahmen
rankte Kinder.

h (Zählung der Geisteskranken in Württemberg 1878
und 155) bringt Zahlen über die Geschwister der Ge-
Er hat keine Rubrik für gleichstehende Erbliche.
en demnach aszendierend Belastete den andern (gleich-
Erbliche, nicht Belastete, Zweifelhafte) gegenüber. Seine
ind:

	Zahl der Gezählten	darunter kranke Geschwister	Zahl der Ehen
erte Erbliche	2613	869	1744
dierte Erbliche	5145	734	4411

diesen Zahlen und den ebenso gruppierten von den
r Anstalten II, Sachsenberg und *Koller* ergibt sich folgende
enstellung:

	Aszendierend belastet	nicht belastet	Summe
Zählung	150	117	126
er Anstalt II	134	109	120
senberg II	122	116	118
Koller	—	—	136—140

Zahl der erkrankten Kinder bei 100 Ehen schwankt
wischen 118 und 140. Die Zahl ist bei aszendierten
n ausnahmslos größer, in Sachsenberg um 6%, den
r Anstalten um 25%, bei den in Württemberg Ge-
um 33%.

h *Marandon de Montyel* (*Graßmann*, *Laehrs* Zeitschrift
l S. 1002) zeigen die erblich belasteten Familien häufig
barkeit der Ehen, dagegen erhöhte Fruchtbarkeit der
en Ehen und eine erhöhte Sterblichkeit des ersten Kindes-
Nach Sachsenberg I ist der Prozentsatz für unfruchtbare

Digitized by Google

Marandon entgegengesetzt. Ferner überwiegen in Sachse
die Erblichen über die Nichterblichen in allen Kategorie
bei den Todesfällen, in Sachsenberg II nur in der Ges
der Fälle, während die der früh Verstorbenen gleich i
ist wahrscheinlich, daß in letzterem Punkt die Nachrich
genau sind, da für die erwachsenen Aufgenommenen die bet
Zeit weit zurückliegt.

Auch *Sioli* (nach *Graßmann* a. a. O. S. 1002) f
20 belasteten Familien sehr erhebliche Kinderzahlen.

Die Resultate der vorstehenden Untersuchungen lass
n folgendem zusammenfassen:

Auf 100 Ehen, aus denen die in Anstalten Aufgenor
und deren Geschwister stammen, kommen 118—140
kranke Kinder, bei der Zählung in Württemberg 126.
Kindern der Aufgenommenen liegen viel geringere Zahl
schon wegen ihres kindlichen respektive jugendlichen
alters. Die erblich Belasteten haben eine höhere Za
erkrankten Kindern, als die nicht erblichen.

Mehrfach ist eine erhebliche Kinderzahl bei den
Belasteten festgestellt. In Sachsenberg war auch die Z
Gesundgebliebenen und der früh gestorbenen Kinder größe
diesen Regeln finden sich einige Ausnahmen, die wahrsc
durch die kleinen Zahlen bedingt sind. — Bei den El
Aufnahmen in Sachsenberg ist die Zahl der unfruchtbare
bei den Erblichen geringer, als bei den Nichterblichen (e
Marandon).

Die Gesamtzahl der Kinder bei den Ehen der Aufgenor
beträgt in den Schweizer Anstalten und in Sachsenb
100 Ehen etwa 300 Kinder. Bei den Ehen der Eltern d
nahmen kamen in Sachsenberg auf 100 Ehen 458 Kinder
die Zahl der Gesundgebliebenen (259) ist höher, als
Kindern der Aufnahmen.

Die folgenden Angaben betreffen nur Kinder von Elt
einer bestimmten Form von psychischer respektive nervö
normität. *El. Fitschen* (nach *Näcke*, Neurol. Zentralbla
S. 148) behandelt die Kinder von an periodischer Seeler

Digitized by Google

tung. Von den 26 Fällen mit bekannter Nachkommen-
ntenstehende Tabelle) zeigten nur 6 Ehen psychische oder
Abnormitäten bei den Kindern, und dabei fast voll-
s Fehlen angeborener Störungen. Die 26 Fälle sind in
elle in 2 verschiedener Weise rubriziert worden. In
B enthält die letzte Zeile 5 Ehen ohne erbliche Belastung.
nur ein abnormes Kind vorhanden, eine hysterische
und außerdem 13 normale Kinder, in einer Ehe auch
normale Enkel.

El. Fitschen Periodische	Abt. I Zahl der Ehen	Lebende Kinder gesund	Lebende Kinder krank	Auf 100 Ehen kommen Kinder Gesamtzahl	Auf 100 Ehen kommen Kinder gesund	Auf 100 Ehen kommen Kinder krank
dierende Erblichkeit....	17	38	12	294	223	71
stehende Erblichkeit ...	4	8	1	225	200	25
rblich	5	13	1	280	260	20
Summe....	26	59	14	280	226	54
belastet	8	18	9	281	228	112
belastet	13	28	4		219	31
belastet	5	13	1		260	20

2. Gruppe enthält 13 Ehen mit schwacher Belastung,
in indirekter Linie, oder bei Geschwistern, oder es ist
er oder Mutter geisteskrank. Unter diesen 13 Ehen sind
bnormen Kindern. Bei einer Frau sind entfernte Ver-
abnorm. Sie hat 2 Söhne von 26 und 23 Jahren von
ftem Wuchs und geistig schwach, 1 Tochter von
en, geistig beschränkt, 1 Sohn von 7 Jahren zwerghaft,
ormal. Hier liegen also bei 4 Kindern einer Ehe 3 mal
Abnormitäten (1 mal, wie es scheint, nur geringen
vor und 3 mal allgemein trophische Störungen. Es
also besondere erbliche Einflüsse zur Geltung gekommen
er 2. Fall betrifft eine Frau, deren Mutter melancholisch
ie hat 4 normale Söhne und 1 Tochter, die alles schwer
nd mit 37 Jahren starb. Die übrigen 11 Ehen haben

Digitized by Google

en 1. Fall die angemessene Kritik anlegt, sowohl w
Ausdehnung, als die Intensität der Erkrankung der Desz
etrifft, keinen besonders ungünstigen Einfluß. Die 3.
on 8 Fällen zeigt schwerere Belastung, entweder Erb
on beiden Seiten, oder außer erkranktem Vater oder
och erkrankte Geschwister, oder schwere Krankheitsform
Belastenden. 3 von diesen 8 Ehen haben abnorme
Bei diesen 3 Ehen waren in der Aszendenz od
Geschwistern außer Geisteskrankheit vorhanden: Ep
Epilepsie mit Schwachsinn, Trunksucht, auffallender Cha
n der Descendenz in 1 Ehe 1 mal Taubstummheit bei 3 no
Töchtern, in den beiden andern Ehen nur abnorme Kinder
Geisteskrankheit: Trunksucht, Epilepsie, Hysterie, auffa
Charakter. Die übrigen 5 Ehen hatten 18 normale
darunter eine 2 von 10 und 11 Jahren.

Nach der letzten Kolonne der Tabelle Seite 453 ha
Gruppe B die nichtbelasteten Periodischen auf 100 Ehen
normе Kinder, die wenig belasteten 31. Dies ist mehr
den Aufnahmen in den Schweizer Anstalten und Sachs
wo die Nichtbelasteten auf 100 Ehen etwa 6 Erkrankte
Jedoch ist zu erwägen, daß *Fitschen* ihre Kranken ja
verfolgt hat. In einem Fall ist auch von 13 normalen
die Rede, so daß die Nachkommen im Lebensalter zum Tei
mehr vorgerückt gewesen sein müssen. Ferner darf man
kleinen Zahlen (bei Nichtbelasteten handelt es sich n
abnormes Kind) nicht zu viel folgern. Man wird dahe
folgern dürfen, daß die Nachkommen der nicht und wenig
den Periodischen mehr Erkrankte haben, als die entsprec
Kategorien der aufgenommenen Geisteskranken im allge
Aber auch bei schwerer Belastung haben noch 5 von
normale Kinder. Die schweren Folgen bei den 9 Nachk
der drei anderen Ehen wird man daher auf die bes
Zustände der Aszendenz beziehen müssen. Es lagen hier
endenz und Deszendenz außer Geisteskrankheit Epilepsie, E
mit Schwachsinn, Hysterie, Trunksucht, auffallender Cha
mal bei der Deszendenz Taubstummheit vor. Die Ges

der ist niedriger als bei den Kindern der aufgenommenen
ranken im allgemeinen, weil die Gestorbenen fehlen
bei Erblichen und Nichterblichen gleich. Die Zahl der
gebliebenen ist ungefähr dieselbe, wie bei den Geistes-
, sie ist bei den Nichterblichen größer, vielleicht wegen
inen Zahlen. Die Erblichen, besonders die aufsteigend
en, stellten mehr Kranke als die Nichterblichen.

der Literatur ist eine Reihe von Stammbäumen von
en, auf mehrere Generationen sich erstreckenden Ver-
fällen mitgeteilt. Der folgende von *Kölpin* (*Laehrs* Zeit-
60. Band S. 454) hat eine Reihe periodischer Fälle.
I. Generation war der Mann jähzornig, sein Bruder litt
bergehender Manie. Die Frau war nervös zur Schwermut
. In der II. und III. Generation ist von 4 gesunden und 11
ranken Personen die Rede. Die Krankheitsform war immer
-depressives Irrsein. In 5 Fällen der II. Generation lag
ches Irrsein vor, 2mal chronische Manie seit 20 Jahren.
einmal eine normale Zwischenzeit von 20 Jahren. Der
Zeitpunkt der Erkrankung war das 15., das späteste das
bensjahr. Niemals kam Dem. praecox, nie wirkliche
ung vor. Als Ursache der schweren Vererbung ist man
dauernden Temperaments- und Stimmungsanomalien
Eltern (also konstitutionelle Zustände = auffallende
ere der Tabelle) nebst der Manie des Vaterbruders
n.

he Reihe von Stammbäumen von gehäufter Vererbung
reren Generationen bietet eine innige Verschmelzung von
rankheit und moralischen Defekten dar.

lbrück (*Laehrs* Zeitschrift, 62. Band S. 231) hat einen
mfangreichen und zuverlässigen Stammbaum aus der
genauer studiert. Während zwei größere Zweige der bis
Jahrhundert zu verfolgenden Familie nur unbescholtene
lfach an Geisteskrankheit erkrankte Leute aufwies, fanden
dem dritten nur 2—3 unbescholtene Personen neben mehreren
n Bettlern, Vagabunden, Dieben, Trinkern und einigen
. Besonders auffällig war dabei, daß sich die moralischen

Digitized by Google

betrachtet kann. — Hier sind demnach neben Geisteskran
auernde Degenerationen der Gemütsseite, moralische I
orhanden.

Aus der neuesten Zeit liegt ein Fall von *Jörger* (Chu
en ich nach der Gegenwart 1906 Nr. 4 berichte. 1639
ndreas Zero geboren. Er und sein Sohn Ernst heirateten
us der Familie Lauter. Von Andreas und Ernst Zero wird
bnormes berichtet. Bei der Familie Lauter wurde festg
aß 1713 eine Frau geisteskrank war und an Selbstmord
n einem Zweig desselben Geschlechts waren 2 Schweste
Brüder entweder geisteskrank oder hochgradig abnorm
inder eines der Brüder waren auffallend, eine Tochter z
chwerhörig, ferner war 1 stummes, 1 schwachsinniges,
sches, 1 geisteskrankes Kind vorhanden. Diese Familie
cheint also die abnorme Disposition in die Familie Zero ge
u haben. Während nun der älteste Sohn des Andreas Zero
üngste des Ernst Zero (aus einer 2. Ehe) die Stammväter blü
amilien mit 76 bis 90 Mitgliedern geworden sind, ist de
es Ernst Zero aus 1. Ehe (Lauter) Paul Alexius der Stam
er Abnormen. Er selbst vagabundierte mit seiner Frau
ieses Ehepaar hatte 6 Söhne und 1 Tochter. Von
Kindern stammen über 200 Vagabunden, Säufer, Diebe, I
lioten, Imbezille, Bettler, Mörder, Kindesmörderinnen,
chänder, eine Reihe Geisteskranker, Epileptiker, Selbstm
Paralytiker, viele schielende Kinder, in 1 Familie 8.
olt heirateten Schwachsinnige, zum Teil mit dem Erfolg
inderzahl. Diese ist überhaupt vielfach groß, jedoch au
terblichkeitsziffer.

Zu einer Zeit wurden Kinder der Zeros in Familie
egeben, ohne allen Erfolg, während dieser bei Kindern aus
amilien desselben Orts günstig war. Wo im Stammbau
eros gute und ordentliche Menschen auftraten, ist imm
ute Mutter nachweisbar. — Hier lagen in den Familien der S
nütter Gemütsabnormitäten (auffallender Charakter), Geistes
eiten, Schwachsinn, Idiotie, Schwerhörigkeit, Stummhe
ei den Deszendenten traten in hohem Grade moralische

viele Schwachsinnige, ferner Idioten, Geisteskranke,
ker, Selbstmörder, viele schielende Kinder vor.

	I. Abt.	II. Abteilung				III. Abteilung			
		Kinder				Auf 100 Ehen komm. Kind.			
	Zahl der Ehen	Ges.-Zahl	Früh verst.	gesund	krank oder abnorm	Ges.-Zahl	ge-storb.	gesund	krank
everria:									
er.....	136	533	195	260	78 epil.	392	143	184	57
oltens:									
er ohne Erbl.	23	137	26	75	36	596	113	326	157
neville:									
Quecksilber-rbeiter	87	420	220	119	81	483	253	137	93
mme:									
ntige Ehen..	10	57	25	10	22	570	250	100	220
hen.....	10	61	5	50	5	610	50	500	60

vorstehende Tabelle bringt in der ersten Zeile die
ker von *Echeverria* (*Graßmann*, a. a. O. S. 995). Von den
h Verstorbenen wird gesagt: in der Jugend an Konvul-
gestorben. Die Gesamtzahl der Kinder auf 100 Ehen (392)
er, als die der in Anstalten aufgenommenen Geisteskranken
Die Zahl der Gestorbenen (143) ist die größte von
sherigen Angaben, die der Gesundgebliebenen (184) die
die der an Epilepsie Erkrankten (57) entspricht nahe
isteskranken Kindern der in Anstalten aufgenommenen
chen (54).

folgende Zeile der obigen Tabelle enthält (nach *Lachr*
. 57. Bd., Lit.-H. S. 201) Angaben von *Scholtens* über die
von 23 Ehen von nicht erblich belasteten Paralytikern
wurden nach Ausbruch der Krankheit des Vaters 6 Kinder
nen 1 nach vier Wochen an Krämpfen starb, die andern
oder abnorm, 1 schwachsinnig war. — Innerhalb zehn
vor Deutlichwerden der Paralyse wurden 49 Kinder ge-
von denen 48,9 % abnorm oder nervös waren. Die übrigen
der (dies macht 143, gegen die angegebenen 137) waren

Digitized by Google

eboren, von denen 15,6% abnorm waren. — Die Za
inder auf 100 Ehen ist hier in allen Kolonnen viel größ
usnahme der Gestorbenen bei den Kindern Epileptischer)
llen bisherigen Angaben.

Abgesehen von der Lues der Väter waren die Kinder
lls auch durch die Geisteskrankheit der Väter erblich b
nteressant ist der Prozentsatz der abnormen Kinder, je na
ie Geburt nach der Erkrankung des Vaters, vor derselbe
änger als zehn Jahre vorher erfolgten. Dies würde geg
esultate von *Sioli* sprechen (*Graßmann* a. a. O.), daß die Erkr
er erbenden Deszendenten sich unabhängig von dem Um
ollzieht, ob die Zeugung vor oder nach dem Sichtbarwerd
rkrankung der Aszendenten erfolgt war. — Die im Lau
eit zunehmende Schwere der Erkrankung bei den Kindern
egen die Wirkung der etwa vorhandenen Syphilis der nic
ch belasteten Väter, deren Bedeutung *Alzheimer* (*Laehrs Z*
2. Bd. Lit.-H. S. 180) hervorgehoben hat. — *Näcke* (*Laehr*
chrift 58. Bd. S. 1015) fand auch bei den Kindern von
ytikern allerhand psychische und nervöse Anomalien. (*
ebeke.*)

Die dritte Zeile der Tabelle S. 457 *Bourneville* (*Laehr*
chrift 60. Bd. Lit.-H. S. 153) ist deswegen mitgeteilt, w
en 87 Familien, in denen Vater oder Mutter oder beide
ufen, wo Blei, Quecksilber usw. verarbeitet wurden, 81
liotisch, epileptisch oder sonst nervenkrank waren. Die
er Kinder sind in betreff der früh Gestorbenen die größte
esundgebliebenen die kleinsten bisherigen. Die Erkrankten
nmittelbar nach den Kindern der Paralytiker.

Eine besondere praktische Bedeutung hat die Trunksu
szendenz. Nach den beiden letzten Zeilen der Tabelle
nd *Demme* bei je 10 trunksüchtigen und 10 mäßigen Eh
00 Ehen: früh gestorben 250—50 Kinder, gesund ge
00—500, anormal 220—60. Die Gesamtzahl der Kinder
ch um die der Paralytiker von *Schottens'*. Die verhältnismäßi
ahl von 60 unnormalen Kindern auf 100 mäßige Ehen i
uffallend. Sie ist größer als die der in Anstalten aufgenom

t, daß der Begriff unnormal so genommen wurde, wie be
nzählung im Kanton Zürich 1889: „Als geisteskrank wurde
ede Person angesehen, die vermöge ihrer geistigen Be
heit sich nicht selbst ernähren, die ihre Angelegenheiten
elbst besorgen konnte, wenn sie auch keine hervorragenden
chen Krankheitssymptome darbot“ (*Grunau*, Frequenz usw
ußischen I.-A. 1895, Halle), ist die Zahl noch so groß
nicht als Vergleichszahl des Vorkommens von Geistes
n in gesunden Familien gelten kann. Die Höhe der Zah
bgesehen von der in der Schweiz ungewöhnlich hohen
keitsziffer, wohl in zufälligen Umständen bei der kleinen
ruhen.

ch *Koller* und anderen Autoren kommen nach Trunksuch
endenten bei den Deszendenten nächst dem Del. potat
eptischen und angeborenen Störungen am häufigsten vor
szendenten trunksüchtiger Eltern bieten mit Vorliebe die
ten, auf anatomischer Läsion des Nervensystems beruhende
nungen psychischer Entartung dar.

yrain (*Laehr*s Zeitschr. 59. Bd. Lit.-H. S. 278) sah die
n von Trinkern oft in 3—4 Generationen vollständig ver
len. Er berichtet weiter über 2 Familien in Rouen mit
lern, von denen keins mehr lebte. — In dem sehr alko
en Dép. du Nord fanden von 0—1 Jahr 283,6 Todesfälle
0 Todesfälle aller Altersstufen statt, im Gegensatz zu dem
igsten alkoholisierten Dép. du Gers mit 80,5 Todesfällen
-1 Jahr.

obachtungen, welche zum Teil die Anschaulichkeit von
nenten haben, machte *Sullivan* (*Laehr*s Zeitschr. 57. Bd
. 254) an 100 weiblichen dem Trunke ergebenen Sträf
Die Sterblichkeit ihrer Kinder unter zwei Jahren war
größer, als bei nüchternen Müttern derselben Familie
der ersteren starben unter Konvulsionen, 4,1 % der länger
n wurden epileptisch. Mit der längeren Dauer der Trunk
ahm die Fortpflanzungsfähigkeit ab, es folgten defekte
Totgeburten, Aborte. Während der Trunkenheit der Mutter
e Kinder wurden ausnahmslos nur wenige Monate alt

Digitized by Google

urden.) — Längere, durch Gefängnishaft erzwungene E
amkeit der schwangeren Sträflinge *Sullivans* wirkt günst
ie Lebensdauer und die spätere Entwicklung der betre
inder.

Bei den früheren Zuständen der Eltern hatte man
auernden, angeborenen oder zum Teil erworbenen, der
chkeit untrennbar anhaftenden Zuständen zu tun. Bei
ucht der Eltern tritt außerdem ein neues Element auf, v
chnell vorübergehen kann oder kürzere oder längere Z
auert, je nach der Dauer der verderblichen Gewohnheit.
andelt sich anscheinend nicht um Veränderungen des N
ystems, sondern um solche der Keimdrüsen.

Einige Autoren berichten über Vererbung trunksüchtig
ungen von Aszendenten auf Deszendenten. *Sollier* fand
ann a. a. O. S. 994) in 141 Fällen von Trunksucht 116 mal (=
leichartige Vererbung. *Mason* fand, daß bei 600 Trinke
äter in 168 Fällen (= 28 %), andere Verwandte in 97
= 16 %) Trinker, daß weiter in 38 Fällen (= 6,3 %) Vo
nd Verwandte geisteskrank waren. — Was ist hier b
achkommen trunksüchtiger Angehörigen Folge des Beispi
er Gewohnheit bei ererbter Schwäche des Charakters?

Resultate: Trunksüchtige Eltern haben nach einer Rei
egender Data hohe Kinderzahlen, aber eine große Sterbl
erselben in frühem Lebensalter. Letztere zeigt sich sow
nzelnen Familien, die öfter in einigen Generationen trotz
inderzahlen aussterben, als in ganzen Bevölkerungsbe
ie Zahl der gesund bleibenden Kinder ist verhältnismäß
ng, die der abnormen groß. Bei Frauen bringt anda
runksucht eine Herabsetzung des Fortpflanzungsvermöge
or, zuletzt defekte Kinder und Totgeburten, während erzw
nthaltsamkeit der Schwangeren günstig auf die Lebe
nd spätere Entwicklung der Kinder einwirkte.

Bei der Trunksucht der Aszendenten hat man es be
er Deszendenten in einem Teil der Fälle nicht mit
en Krankheiten der Persönlichkeit zu tun, welche si

Digitized by Google

usen, welche kürzere oder längere Zeit andauern un
n sein können, je nach Andauer der verderblichen Ge
eit.

nige Autoren bringen bei Kindern Trunksüchtiger hoh
für Del. pot., Idiotie und Epilepsie.

e folgende Zusammenstellung bringt eine Übersicht de
nd Art der Kinder (auf 100 Ehen) bei verschiedenen Gruppe
zendenten.

	Gesamtzahl	Frühgestorben	gesund	krank
er Anstalten I } Geistes-	303	78	229	5,9
berg I } kranke	294	32	217	9,5
: Periodische	280	—	226	54
: Paralytiker	596	113	326	157
ia: Epileptiker	392	143	134	57
Trunksüchtige Ehen....	570	250	100	220
Mäßige Ehen.....	610	50	500	60
ille: Metallarbeiter	483	253	137	93

ist natürlich, daß die in Anstalten Aufgenommenen, di
m Teil noch im Alter voller Fruchtbarkeit befinden, ein
re Zahl von Kindern haben, als die früher mitgeteilt
zahl von 450 auf 100 Ehen. Die andern Angaben, auße
er Epileptiker, haben diese Zahl überschritten.

e Gestorbenen der einzelnen Angaben sind teils solche
h, teils solche, die bis zu 15 Jahren gestorben sind. Ihr
lung scheint in einzelnen Zeilen am unsichersten zu sein. –
(*Laehrs* Zeitschr. 62. Bd. S. 235) hat in seinen 174 Stamm
betreffend Aufnahmen in die Lübecker Irrenanstalt in vie
die Erblichkeitsverhältnisse von 4396 Familienmitgliedern
nerationen festgestellt (Kinder, Eltern mit deren Geschwistern
ern mit deren Geschwistern, Urgroßeltern). Er unterscheide
e, geisteskranke und gesunde Familienmitglieder, die frül
enen fehlen. Seine Abnormen werden bei den Angaben
lle S. 449 u. ff. zum Teil wohl in „Kranke“ untergebracht
eil übergangen sein. Da *K.* die Familien in 4 Genera

Digitized by Google

. 449 usw. Ein direkter Vergleich ist ausgeschlossen, icht die direkten Zahlen, sondern nur die Prozentsätze n der folgenden Zusammenstellung finden sich seine Proze nit den ebenso berechneten der früheren Tabellen.

Im ganzen kommen bei *Kalmus* (nachstehende Tabel 00 Familienstämme 2526 Familienmitglieder, während rüheren Tabellen auf 100 Ehen 300—600 Familienmitglied allen. Die Prozentzahl der geisteskranken und abnormen ei Alkoholismus des Vaters und bei Paralyse der Elte *Kalmus* ist größer als bei den Trunksüchtigen *Demmes* (56 nd Paralytikern *Scholtens'* (59—32,3). Alles dies erklä us dem Umstande, daß *Kalmus* 3mal die Vererbung von uf Kinder beobachtet hat, die Autoren von Tabelle 36 nu

Kalmus: 174 Stammlisten	Prozentsätze von d. Summe d			
	Geistes-krank.	Ab-norm.	Gstkr. und Abnr.	Ge-sunde
Summe aller Familienmitglieder	16	14	30	70
Alkoholismus des Vaters.....	32	24	56	44
Paralyse der Eltern	23	36	59	41
Konsanguine Ehen, belastet	40	25	65	35
Schweizer Anstalten I, Summe	—	—	2,6	97,4
Sachsenberg I, Summe	—	—	4,2	95,8
Sachsenberg II, Erbliche	—	—	34,4	65,6
Sachsenberg II, Summe.....	—	—	31,4	68,6
Fitschen, Periodische.....	—	—	19,2	80,8
Echeverria, Epileptiker	—	—	23	77
Scholtens, Paralyse ohne Erblichkeit ...	—	—	32,3	67,6
Bourneville, Metallarbeiter	—	—	40,5	59,5
Demme, Trunksüchtige Ehen.....	—	—	31,2	68,7
Mäßige Ehen	—	—	10,7	89,3

Auffallend ist, daß die konsanguinen Ehen, die e erblich belastet sind, zwar für geisteskranke Kinder einen höheren Satz stellen als bei Belastung beider Eltern ohne

Digitized by Google

1) Bei 10 Ehen

nur 5 konsanguine Ehen vorhanden.

e Resultate der vorstehenden Untersuchungen sind folgende
f 100 Ehen, aus denen die in Anstalten aufgenommenen
kranken und deren Geschwister stammen, kommen 118—140
ranke Kinder, bei der Zählung in Württemberg 126. Bei den
der in Irrenanstalten Aufgenommenen liegen viel geringere
(etwa 10 auf 100 Ehen) vor, schon wegen ihres kind-
oder jugendlichen Lebensalters. Die erblich Belasteten
eine höhere Zahl von erkrankten Kindern als die Nicht-
n.

hrfach ist eine erhebliche Kinderzahl bei den erblich
en festgestellt. In Sachsenberg war auch die Zahl der
gebliebenen und der früh Gestorbenen größer. — Von
Regeln finden sich einige Ausnahmen, wahrscheinlich durch
nen Zahlen bedingt.

den Ehen der Aufnahmen in Sachsenberg ist die Zahl
ruchtbaren Ehen bei den Erblichen geringer als bei den
lichen (entgegen *Marandon*).

e Gesamtzahl der Kinder bei den Ehen der Aufgenommenen
bei den schweizerischen Anstalten und in Sachsenberg auf
en etwa 300 Kinder. Bei den Ehen der Eltern der Auf-
kamen in Sachsenberg auf 100 Ehen etwa 458 Kinder.
e günstig normale Zahl gilt 450 Kinder.) Auch die Zahl
undgebliebenen ist höher als bei den Kindern der Auf-
(259—217).

Fitschen hat bei 26 Ehen von periodischen Seelen-
en mit bekannter Nachkommenschaft nur 6 Ehen (= 23%)
chischen oder nervösen Abnormitäten bei den Kindern.
von 8 Fällen mit schwerer Belastung (= 12% aller Ehen)
abnorme Nachkommen mit zum Teil schweren Zuständen.
l der erkrankten Kinder ist größer als bei den Ehen der
nen in die Schweizer Anstalten und in Sachsenberg, wohl
längerer Beobachtung und mehr vorgerückten Alters der
Die Erblichen stellen mehr Kranke als die Nichterblichen.
der Literatur sind viele Stammbäume von gehäuften, auf

Digitized by Google

ad halten sich zum Teil mehr innerhalb des Gebiets der G
ankheiten, ohne besondere intellektuelle und moralisch
eneration (Fall *Kölpin*). In andern Fällen tritt eine Vers
ng der Geisteskrankheiten mit intellektueller und bes
oralischer (verbrecherischer) Degeneration ein (Fälle v. *De*
nd *Jörger*).

Als ungünstige Zustände der Aszendenz bezüglich Erkra
er Deszendenz sind nach dem vorliegenden Material zu betra
auernde Temperaments-, Gemüts- und Charakterabnorm
hon von den leichteren Graden: Heftigkeit, Jähzorn, zur S
ut neigend usw. an, bis zu den schwersten, mora
iotie usw. (Diese Zustände werden, wenn keine ande
immt zu diagnostizierenden Krankheitszuständen vorliegen,
Auffallender Charakter" untergebracht.) Ferner gehören
ne größere Zahl von Geisteskranken in der Familie, s
och solche von Schwachsinn, Idiotie, Epilepsie, Epilepsi
chwachsinn, ferner in diesem Zusammenhange auch
hriebene, nervöse, angeborene Defekte, wie Schwerhör
aubheit, Taubstummheit, dann die Verbindung dieser Mäng
unksucht. Ungünstiger ist ferner Erblichkeit von beiden
esonders Heiraten in derselben belasteten Familie.

Besonders ungünstig ist das unveränderte Auftrete
harakteranomalien, moralischer Degeneration, verbrecher
eigungen mit Unzugänglichkeit gegen bessernde Einflüsse, s
enn es sich mit Geisteskrankheiten und andern Abnorm
enannter Art in derselben Familie verbindet.

Auf der andern Seite tritt bei vorliegender erblicher Bel
n Verlaufe der Generationen bei günstigen Umständen, na
ch bei Verbindung mit Ehegatten von gesundem Nervens
esserung ein, auch sind die auftretenden Zustände milder
en Periodischen (*Fitschen*) fehlten angeborene Zustände fas
ändig. Bei ihnen und *Kölpins* Kranken kamen keine V
ngszustände vor. *Sioli* (*Graßmann* a. a. O.) fand bei sein
ällen, wo die Deszendenz ursprünglich Entartungserschein
igte, niemals Epilepsie und Idiotie innerhalb der jüngsten

Geisteskranken und Periodischen scheinen die Epileptische
en. Sie liefern auf 100 Ehen 57 an Epilepsie Erkrankte
die Zahl der früh Gestorbenen ist hoch (143), die de
lgebliebenen geringer als bei den Geisteskranken (184
n nicht erblich belasteten Paralytikern steigt die Zahl de
kten auf 157 bei 100 Ehen. Die höchste Ziffer für E
e findet sich bei den Trunksüchtigen (220), zugleich di
e Zahl der früh Gestorbenen (250) und die kleinste Zal
esundgebliebenen (100).

ezüglich der Trunksüchtigen ist im übrigen auf die Zusammen
g S. 460 zu verweisen.

Talmus fand bei seinen eingehenden Untersuchungen (17
listen) über die Erblichkeitsverhältnisse sämtlicher Familien
der in 4 Generationen natürlich viel höhere Zahlen, a
utoren, die sich nur mit einer Generation beschäftigen
von der Gesamtheit (ohne Gestorbene) waren abnorm ode
krank (bei den Periodischen, ebenso berechnet, 19,2%
lkoholismus der Eltern 56 (bei *Demmes* Trunksüchtige
), bei Paralyse der Eltern 59% (bei *Scholtens* Para
n 32,3%).

ie bisherigen Untersuchungen betrafen die Nachkommen
der Geisteskranken usw. Die folgenden geben haup
h einen Vergleich der erblichen Belastung der Geiste
n und der geistig Gesunden. Dies sind voneinander ve
ene Untersuchungen. Doch beeinflussen die Resultate de
n Reihe die Beurteilung der Resultate der ersten Reihe.

enny Koller hat in einem Teil ihrer Arbeit: Beitrag zu
keitsstatistik der Geisteskranken in Kanton Zürich usw
v für Psychiatrie, 27. Band, 1895) einen Vergleich de
en Belastung von 370 Geisteskranken mit der von 37
Gesunden gemacht. Die Geisteskranken sind den Jah
n der Aufnahmen in Zürich 1885 und 1886 entnomme
den 370 Gesunden gehörten etwa 100 dem Wartperson
renanstalten an, 176 waren geistig gesunde Spitalpatiente

Digitized by Google

Aszendenz	1850 Geisteskranke Aufnahmen 1881—1892				370 Geisteskranke Aufnahmen 1885—1886				370 Gesunde				370 Geisteskranke = 100 370 Gesunde = :	
	Erblichkeit				Erblichkeit				Erblichkeit					
	direkte	indirekte	gleichstehende	Summe	direkte	indirekte	gleichstehende	Summe	direkte	indirekte	gleichstehende	Summe	bei direkt. Erblichk.	Summe der
eisteskrankheit.....	18,1	11,0	9,3	38,4	19,5	5,9	5,1	30,5	5,9	7,0	2.0	15,4	30	5
unksucht	13,2	1,8	0,9	16,0	14,6	1,6	0,8	17,0	8,4	6,2	0.3	14.9	58	8
Nervenkrankheit ..	1,0	0,16	0,8	2,0	5,7	1,4	0,8	7,8	6,5	2.7	1,1	10.3	114	13
Apoplexie.....	3,2	0,7	0,16	4,1	3,2	1,1	—	4,3	4,6	4,9	0.3	9.7	144	22
Organische Psych. (Dementia sen.) .	1,5	0,43	—	1,9	1,6	0,5	—	2,2	0,3	2.2	0.3	2.7	17.5	12
Summe a + b + c (Nervenkrankh.)	5,7	1,3	1,0	7,9	10,5	3,0	0,8	14,3	11,4	9,7	1.6	22.7	109	15
uffallend. Charakter	12,8	0,8	1,4	14,9	12,2	1.1	0,5	13,8	1,9	1,9	0,5	4,3	16	3
elbstmord	0,5	0,3	0,2	1,0	0,5	0,5	—	1,1	0,5	1.1	—	1,6	—	14
Summe....	50,3	15,2	12,8	78,2	57,3	12,2	7,3	76,8	28,1	25,9	4.9	58.9	47	7
370 Geisteskranke = 100, 370 Gesunde =: ...					47	212	67	77	—	—	—	—	—	—
350 „ = 100, 370 „ =: ...					55,9	170	38	75	—	—	—	—	—	—

In der Tabelle Seite 466 sind die verschiedenen Stufen
chkeit und die verschiedenen Abnormitäten der Aszend
Prozentsätzen von der Gesamtzahl der Aufnahmen re
Gesamtzahl der Gesunden angegeben, in der I. Abteilung
Tabelle über 1850 Aufnahmen in Zürich von 1881—
er II. die der 370 Geisteskranken-Aufnahmen von 85—
r III. die der 370 geistig Gesunden. Die Erblichkeitszi
II. Tabelle beträgt 76,8% (die der ersten: 78,2%), geg
bei den Gesunden. Die direkte Erblichkeit ist bei
Geisteskranken mehr als doppelt so groß, als bei
nden (57,3 — 28,1), die indirekte mehr als doppelt
, die gleichstehende Erblichkeit wieder größer. In
tzten Zeile der II. Abteilung ist der Satz der Geisteskranl
00 genommen und der der Gesunden danach berechn
Sätze sind für die direkte Erblichkeit 47, indirekte 2
nstehende 67, Summe 77. — Die letzte Zeile gibt
rechenden Sätze der Gesunden im Vergleich zur Sum
850 Geisteskranken der I. Abteilung.

Die letzte senkrechte Kolonne gibt in derselben Weise
ntanteil der Summe der Gesunden, von dem Satze
eskranken der II. Abteilung der Tabelle nach den einzeln
rmitäten der Aszendenz. Den verhältnismäßig gerings
liefern die auffälligen Charaktere der Aszendenz für
nden (31), es folgen die Geisteskranken (50), und Tru
(88). — Einen höheren Satz haben die Gesunden bei
enkrankheiten (159). Auch die einzelnen Abteilungen die
von Belastung haben bei den Gesunden überall höh
n. Die Apoplexie steht am höchsten (226). Es ist nur
nose dieser Todesart bei den oft längst verstorbenen
nten meist wenig sicher festzustellen. Die Dem. sen., wel
allein die organischen Krankheiten der Aszendenz vertr
23, die eigentlichen Nervenkrankheiten 132 für die Gesund
ist auch, im Gegensatz zur I. Abteilung, die Nervosi
gebracht. Da diese, als psychisch auffallender Charakter
. Abteilung untergebracht, ein großes Übergewicht für
eskranken liefert, so scheint ihre Zahl hier unter

toren unter diese Rubrik versetzten Epileptischen, Hysteris
pochonder sind unter Geisteskrankheiten untergebrach
wähnt sind für diese Rubrik (Nervenkrankheiten der Aszen
rnentzündungen, angeborene Sprach- und Sehstörungen usw
die direkte Erblichkeit größere und anders geartete G
tze der Kranken gegen die Gesunden darbietet, als die a
ufen, besonders die indirekte, so ist für diese der Ver
sonders wichtig. Nach der vorletzten Kolonne der T
ite 466 sind hier die Zahlen der Gesunden überall viel nied
in der Summe. Die auffallenden Charaktere haben 1
isteskranken 30, die Trunksucht 58. Auch die Dem. sen. ha
r 17,5, so daß ihr Charakter als Geisteskrankheit hervorzu
heint. Die Nervenkrankheiten und Apoplexie stehen zwa
n Gesunden noch höher, jedoch weniger hoch, als in der Su
Nach diesen Ausführungen würde man bei direkter Er
it für die genannten Abnormitäten der Aszendenz einen
er weniger großen Einfluß auf Entstehung von Geisteskra
der Deszendenz anzunehmen haben, mit Ausnahm
oplexie und der Nervenkrankheiten. Zu letzteren w
hören organische Gehirnkrankheiten, speziell noch umschri
geborene Gehirnläsionen. — Epilepsie, Hysterie, Hypoch
hören nicht zu diesen indifferenten Zuständen.

Koller hat auch die Gesamtzahl der erkrankten Angeh
r erblich Belasteten je bei den 370 Kranken, 370 Ges
d den 1850 Kranken der Gesamtaufnahmen festgestellt.
sultate sind in Prozenten von der Gesamtzahl (= 370
70 Geisteskranke, resp. 370 Gesunde) berechnet in T
ite 469 wiedergegeben. Die Tabellen mit sämtlichen erkra
ngehörigen ergeben natürlich überall viel höhere Zahlen, a
nur eine Person berechnet wird. Doch findet sich ma
emeinsame in dem Gang der Zahlen nach den verschie
normitäten der Aszendenz. In der folgenden Zusammenst
eite 470) sind in betreff der Zahlen für jede Abnormitä
zendenz (berechnet zur Gesamtzahl der Aufnahmen usw.),
ts für die einzelnen Personen, andrerseits für die Gesa
r erkrankten Angehörigen bei den 370 Geisteskranken un

Digitized by Google

370 Geisteskranke Aszendenz	Vater	Mutter	Summe 1 + 2	Großeltern	Onkel und Tante	Summe 4 + 5	Geschwister	Summe	Kranke 100 Gesunde =	Proz. zur S. d. Erblichk.	1850 Geisteskranke Vater	Mutter	beide	Großeltern	Onkel u. Tante	Summe 4 + 5	Geschwist.	Summe
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8
isteskrankheit	6,5	11,9	18,4	5,4	11,1	16,5	18,4	53,2	48	35,8	8,6	11,4	20,0	6,8	11,9	18,7	22,2	60,8
nksucht	14,9	2,2	17,1	2,2	5,9	8,1	4,9	30,0	96	20,2	12,9	1,9	14,8	2,9	11,9	14,8	5,6	27,9
.) Nervenkrankheit..	2,4	4,3	6,7	0,3	2,2	2,5	5,9	15,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
) Apoplexie	5,1	3,0	8,1	3,2	1,9	5,1	1,1	14,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
) Dementia senilis .	1,1	1,6	2,7	0,8	0,5	1,3	—	4,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
nme Nervenkrankh.. (a + b + c)	8,6	8,9	17,5	4,3	4,6	8,9	7,0	33,5	165	22,4	3,4	3,6	7,0	2,3	1,9	4,2	4,9	16,2
ffallender Charakter.	11,4	6,8	18,2	1,9	2,7	4,6	5,7	28,4	58	19,1	7,2	7,0	14,2	0,7	3,2	3,9	6,6	24,5
bstmord	1,1	—	1,1	0,3	1,9	2,2	0,5	3,8	—	2,6	0,5	0,2	0,7	0,3	1,0	1,3	0,9	3,0
Summe	42,4	29,7	72,1	14,1	26,2	40,3	36,5	148,6	87	100	33,5	24,1	57,6	13,0	21,3	34,4	40,2	132
nme d. Krank. = 100, Gesunde = :	51	62	54	197	148	164	67	87	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
370 Gesunde																		
isteskrankheit	1,9	2,7	4,6	3,2	10,3	13,5	7,3	25,4	—	19,7	—	—	—	—	—	—	—	—
nksucht	8,1	0,5	8,6	5,7	10,3	16,0	4,3	28,9	—	22,4	—	—	—	—	—	—	—	—
.) Nervenkrankheit..	3,0	7,9	10,9	1.6	4,9	6,5	7,4	24,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
) Apoplexie	4,3	3,5	7,8	10,8	6,8	17,6	0,8	26,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
) Dementia senilis .	—	0,3	0,3	4,1	—	4,1	—	4,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
nme Nervenkrankh..	7,3	11,6	18,9	16,5	11,6	28,1	8,4	55,4	—	43,0	—	—	—	—	—	—	—	—

Aszendenz	Summe der Erblichen				Direkte Erblichke		
	370 Geisteskranke		1850 Geisteskranke		370 Geisteskranke		1850 G kran
	Einzelperson	Angehörige	Einzelperson	Angehörige	Einzelperson	Angehörige	Einzelperson
isteskrankheit ..	40	35,8	49	45,9	34	26	36
nksucht	22	20,2	20,5	21,0	25	24	26
rvenkrankheit ..	19	22,4	10,2	12,2	18	24	11
ffallend. Charakt.	18·	19,1	19,0	18,7	21	25	25
bstmord	1,4	2,6	1,3	2,2	0,7	1,5	1,3
Summe...	100	100	100	100	100	100	100

Bei der Summe der Erblichen zeigt nun bei den einz
normitäten der Aszendenz der Gang der Zahlen einersei
n Einzelpersonen, die zur Aufnahme gelangten, und andr
i der Summe der erkrankten Angehörigen in beiden Gr
anches Gemeinsame. Das Steigen und Fallen erfolgt i
lben Reihenfolge. Auch haben die Zahlen annähernd di
röße. Von Abweichungen ist hervorzuheben, daß sowol
n 370 als bei den 1850 Geisteskranken bei den Angeh
e Geisteskrankheiten der Aszendenz niedriger, die N
ankheiten und der Selbstmord, bei den 370 Kranken au
ffallenden Charaktere höher stehen als bei den Aufna
In der II. Abteilung, betreffend direkte Erblichkeit, hab
50 Kranken bei den Aufnahmen und bei den Angeh
st dieselben Zahlen, jedoch mit einer Andeutung an das
lten der 370 Kranken, welche, in Übereinstimmung m
Abteilung, bei den Angehörigen einen niedrigeren Sat
eisteskrankheiten der Aszendenz, einen höheren für N
ankheiten, auffallende Charaktere und Selbstmord haben.

Wenn man die direkte, indirekte und gleichstehende
hkeit bei den Aufnahmen in Beziehung bringt zu den Rub
o bei der Summe der erkrankten Angehörigen 1. die E
Großeltern, Onkel und Tante, 3. Geschwister erkrankt
findet keine genaue Deckung statt, da zu 1. direkter Erbli
ch Fälle von 2. und 3. gehören, zu 2. indirekter Erbli
ßer 2, auch Fälle von 3. Es fällt ferner zur Vermehrun

Digitized by Google

ein Erkrankter höchstens 2 erkrankte Eltern, dagegen m
ankte Onkel und Tanten usw. und ebenso mehr erkran
hwister haben kann.

ente der Erblichkeitsstufen bei Geisteskranken und Gesun

	I. 1850 Geisteskranke				II. 370 Geisteskranke				III. 370 geistig Ges			
	1 dir.	2 ind.	3 gleich-steh.	4 S. 2+3	1 dir.	2 ind.	3 gleich-steh.	4 S. 2+3	1 dir.	2 ind.	3 gleich-steh.	
A. Bei der Summe aller Abnormitäten												
Einzelpers.	50,3	15,2	12,8	28,0	57,3	12,2	7,3	19,5	28,1	25,9	4,9	
llen Angeh.	57,6	34,4	40,2	74,6	72,1	40,3	36,5	76,8	38,6	65,9	24,3	
B. Nur bei Geisteskrankheit der Aszendenz												
Einzelpers.	18,1	11,0	9,3	20,3	19,5	5,9	5,1	11,0	5,9	7,0	2,4	
llen Angeh.	20,0	18,7	22,2	40,9	18,4	16,5	18,4	34,9	4,6	13,5	7,3	
Bei der Summe nach Ausschluß der Geisteskrankheit der Aszende												
Einzelpers.	32,2	4,2	3,5	7,7	37,8	6,3	2,2	8,5	22,2	22,9	2,5	
llen Angeh.	37,6	15,7	18,0	33,7	53,7	23,8	18,1	41,9	34,0	52,4	17,0	

Die vorstehende Tabelle, zusammengestellt aus den Tabe
66 und S. 469 gibt für die einzelnen Stufen der Erblich
Prozentsätze für die Einzelpersonen und für alle erkrank
ehörigen. Für letztere soll natürlich direkte Erblichkeit
en: „Vater und Mutter“, indirekt: „Großeltern, Onkel
e“ usw. — In der Abteilung A ist die Ziffer für die
kten Angehörigen bei den 1850 Geisteskranken schon
tter Erblichkeit größer, bei indirekter mehr als doppelt,
hstehender mehr als 3 mal so groß. Die Summe der indirek
gleichstehenden Erblichkeit beträgt bei den Einzelperso
bei den Angehörigen 74,6. — Bei den 370 Geisteskran
die Gegensätze noch größer.

Die Abteilung B hat nur die Zahlen für Geisteskrankhei
Aszendenz. Hier behält die indirekte und gleichstehe
chkeit, besonders bei den 1850 Geisteskranken, bei
elpersonen eine ziemliche Höhe, die Gegensätze sind n
erselben Weise und Abstufung vorhanden, wie in A, a
ger groß.

In der Abteilung C findet sich die Summe der Abnormitä

Digitized by Google

Satz der indirekten und gleichstehenden Erblichkeit für
zelpersonen gegen B gefallen, bei den 1850 Kranken
3 auf 7,7, bei den 370 Geisteskranken von 11,0 auf
ch für die Angehörigen sind die Ziffern bei den 1850 Gei
nken gefallen, von 40,9 auf 33,7, bei den 370 Geisteskra
r gestiegen von 34,9 auf 41,9 infolge Hochstandes
irekten Erblichkeit. Die Gegensätze zwischen Einzelpers
Angehörigen, welche sich in B gegen A verringert ha
l in C stärker. Wenn man die Ziffern für Einzelpers
100 nimmt, so sind die für direkte, indirekte und gl
nende Erblichkeit in I B 110, 170 und 239, in I C 117,
514. Ähnlich in II B und C. —

Die Resultate sind demnach, daß die abnormen Angehö
Geisteskranken, welche zur Aufnahme gelangten, bezüglich
zelnen Abnormitäten der Aszendenz mit denen der Aufnah
ost ähnliche Zahlen haben. Die direkte Erblichkeit und
nme aller Stufen stehen im ganzen bei den Angehörigen
lich Geisteskrankheiten der Aszendenz niedriger, bezü
venkrankheiten und auffallendem Charakter höher.

Wenn man bei den erkrankten Angehörigen der Aufnah
die Summe von erkrankten Vater und Mutter, 2. die Su
erkrankten Großeltern, Onkel und Tante, 3. die Geschw
gleicht mit den Zahlen der Aufnahmen für direkte, indi
gleichstehende Erblichkeit, so ist die Zahl der Angehö
direkter Erblichkeit schon größer, bei indirekter noch n
den Geschwistern am meisten. Die Summe der indire
gleichstehenden Erblichkeit betrug bei 1850 Aufnahmen
en selbst 28,0, bei den Angehörigen 74,6% der Aufnah
Bei Geisteskrankheiten der Aszendenz behalten die indi
gleichstehende Erblichkeit noch eine ziemliche Höhe.

gensätze zwischen Aufnahmen und Angehörigen je nach
fen der Erblichkeit sind noch vorhanden, aber abgeschw
Bei der Summe der Abnormitäten der Aszendenz ohne Gei
nkheiten sind bei den Aufgenommenen die Sätze für di
lichkeit namhaft höher, dagegen die für indirekte und gl
nende Erblichkeit geringer, als bei den Geisteskrankhe

Digitized by Google

Stufen der Erblichkeit sind namhaft stärker, als bei d
eskrankheiten der Aszendenz.
Das Anschwellen der Zahlen der Angehörigen bei indirek
gleichstehender Erblichkeit im Verhältnis zu den Zahlen
Aufnahmen ist aus der Art der Rubrizierung der Erblichk
tzteren nach obiger Darlegung wesentlich zu erklären.
Wenn man in Tabelle S. 469 die Summe der 370 Gesund
370 Geisteskranken miteinander vergleicht, so überwieg
Vater und Mutter und der Summe beider in hohem Gra
Geisteskranken, bei Großeltern, Onkel und Tante und d
he beider in hohem Grade die Gesunden, bei den Geschwiste
der Summe überwiegen wieder die Geisteskranken. Ein
en Überblick gewinnt man durch die letzte Zeile d
lung der Geisteskranken, wo der Prozentsatz der Ziffer d
nden von der der Geisteskranken wiedergegeben ist. I
nden haben bei den Eltern 54% von dem Satz der Krank
r 51, Mütter 62). Bei Großeltern, Onkel und Tante üb
n die Gesunden in hohem Grade: 164 (Großeltern 19
und Tante 148), bei den Geschwistern (67) und d
he (87) überwiegen wieder die Geisteskranken. — H
also eine prinzipielle Übereinstimmung mit den Resultat
abellen über die einzelnen Personen bei direkter, indirek
gleichstehender Erblichkeit statt.
Bei Vergleichung der einzelnen Abnormitäten der Aszende
Geisteskranken (= 100) mit den Gesunden bei allen d
ten Angehörigen (senkrechte Kolonne 9 der Tabelle S. 46
n die Gesunden am niedrigsten bei Geisteskrankheiten d
denz (48), es folgen die auffallenden Charaktere (58), de
t die Trunksucht (96), während die Nervenkrankheiten (16
ie Gesunden mehr liefern. Dies ist derselbe Gang d
n wie bei der Tabelle über die Einzelpersonen (Tabe
6, letzte Kolonne), mit einer Ausnahme: die Geiste
heiten stehen bei den Angehörigen für die Gesunden a
gsten, die auffallenden Charaktere nehmen die zwe
ein.
Aus der Tabelle 471 ist für die Gesunden noch hervorzuhebe

Digitized by Google

Ziffer der Einzelpersonen zu der der Gesamtzahl der
hörigen sich verhält bei direkter Erblichkeit = 100 : 78
direkter = 100 : 193, bei gleichstehender = 100 : 304. B
Summe mit Ausschluß der Geisteskrankheiten der Aszen
d die betreffenden Zahlen 153, 229 und 680. Hier sin
gensätze viel größer. Es liegt also derselbe Gegensatz
bei den Geisteskranken. Es gelten also dieselben R
Vererbung, je nachdem Geisteskrankheit der Aszer
liegt oder andere Abnormitäten der Aszendenz, gleicher
die aufgenommenen Geisteskranken und ihre erkra
gehörigen und für die Erkrankten der Gesunden hinsich
Einzeltabellen und der Summe ihrer erkrankten Angehö
Besonders hervorzuheben ist noch, daß auch bei
sprünglichen Zahlen der Gesunden nur die indirekte Erblic
erall eine besondere Höhe erreicht. Die gleichstehende
hkeit ist dagegen bei den Einzelpersonen verhältnis
drig und erreicht auch bei den erkrankten Angehörige
sunden keine besondere Höhe.

Das Resultat ist demnach, daß die Regeln der erbl
astung, welche sich für die aufgenommenen Geisteskra
d die Gesunden ergeben haben, im wesentlichen auch fü
samtzahl von deren erkrankten Angehörigen gelten. Die
die Abnormitäten der Aszendenz und für die Stufen
blichkeit, nur daß für letztere die indirekte und gleichstel
hältnismäßig eine größere Zunahme erfahren haben.

Die amtliche preußische Statistik, Heft 187, die Heilans
preußischen Staate 1902, enthält Angaben über „
isteskranke“ in den öffentlichen Irrenanstalten. Dies sind
sschließlich Untersuchungsgefangene, die auf Gerichtsbes
Feststellung ihres Geisteszustandes in die Anstalt gesch
r für geistig gesund erklärt worden sind. Es erhebt
r allerdings die Frage, ob man diese Leute in dem
geistig gesund zu halten hat, wie den Durchschnitt
völkerung. Die betreffenden Zahlen sind in der Tabelle S
edergegeben. Die Rubrizierung der Erblichen ist in an
ise erfolgt, als von den deutschen und schweizer Irrenä

Digitized by Google

ärzte entsprechen und direkte Erblichkeit eine solche
en Sinne sein. Doch spricht manches in der Gestaltu
Zahlen gegen diese Auffassung. Es sind auch die e
henden Zahlen für die Geisteskranken hinzugefügt, und
ne der Gesunden mit und ohne Potatoren als Prozente
en von den betreffenden Sätzen der Geisteskranken.
ren Prozentsätze sind überall niedriger als bei *Koller*,
umme ohne Potatoren noch niedrigere. Die Familienanla
oder mit direkter Erblichkeit liefert höhere Zahlen, als
te Erblichkeit im engern Sinne, so daß hier eine Analo
Koller stattfindet. Die Ziffern bleiben aber bei den preu
Anstalten mehr unter den Sätzen der Geisteskranken,
Koller.

Näcke hat auch Untersuchungen über erbliche Belastung
n von 80 Pflegern gemacht. Er fand als Minimum 17,5
, mit 20—25 % sei die Zahl jedenfalls mehr der Wirklichk
rechend (*Laehr*s Zeitschrift, 55. Band, S. 681).

Preußische Anstalten. Aufnahme 1902

	Nicht geisteskranke Untersuchungsgefangene									
	Summe d. Aufnahmen			do. ohne Potat. S.	Erblichkeits-Prozente			do. ohne Potat. S.	Aufnahm d. Pr. Ans 1902 üb	
	M. 1	Fr. 2	S. 3	4	M. 5	Fr. 6	S. 7	8	S. 9	S.
e Erblichkeit	19	5	24	19	4,8	3,5	4,5	4,2	10,7	1
rbl. u. Familienanlag.	25	4	29	21	6,4	2,8	5,4	4,6	7,1	
enanlage	30	6	36	30	7,7	4,3	6,8	6,5	9,8	1
e der Erblichen	74	15	89	70	18,9	10,6	16,7	15,5	27,6	2
e der Aufnahmen ...	392	141	533	456	—	—	—	—	—	

tsatz der Geistes-	direkter Erblichkeit	42
kranken = 100,	direkter Erblichk. u. Familienanlage	76
r Gesunden = : bei	Familienanlage	69
	Summe ..	61

Eine Zusammenfassung der Resultate über die erbliche
g der Geisteskranken und der Gesunden, sowie der
ahl von deren erkrankten Angehörigen, welche im wese

chisch nervöse Abnormitäten der Aszendenz. Ihre Erb
tsziffer beträgt nach *Koller* 58,9 bei 370 Gesunden, g
8 bei 370 Geisteskranken. Die direkte Belastung ist je
Geisteskranken mehr als doppelt so groß. Auf 100 er
astete Geisteskranke kommen Gesunde bei direkter Bela
bei indirekter 212, bei gleichstehender 67, bei der Summ
Bei den einzelnen Abnormitäten der Aszendenz beträgt
zentsatz der Gesunden von dem der Geisteskranken am weni
auffallendem Charakter der Aszendenz (31%), demnach
steskrankheiten (50%), und Trunksucht (88). Einen höh
z haben im Gegenteil die Gesunden bei den Nervenkrankh
9). Auch die einzelnen Abteilungen der letzteren haben
Gesunden höhere Ziffern, die Nervenkrankheiten im er
ne 132, Apoplexien 226, Dem. senilis 123. — Bei dir
lichkeit sind die Zahlen für die Gesunden überall viel niedr
auffallenden Charaktere haben 16%, die Geisteskrankh
Aszendenz 30, Trunksucht 58, Dem. senilis 17,5, Apoplexie
rvenkrankheiten 114. Zu letzteren gehören organische Ge
nkheiten, speziell noch umschriebene angeborene Gehirnläsi
gegen gehören Epilepsie, Hysterie, Hypochondrie nicht d
Die Art und Höhe der erblichen Belastung der aufgenomm
steskranken und die der Gesamtzahl ihrer abnormen A
igen hat manches Gemeinsame. Speziell die Ziffern für
normitäten der Aszendenz haben beiderseits annähernd die
ße, das Steigen und Fallen erfolgt in derselben Reihenf
der Gesamtzahl der Angehörigen ist die Ziffer für Ge
nkheiten der Aszendenz etwas niedriger, die für Nervenk
ten und Selbstmord, z. T. auch für auffallenden Char
ter. Dies gilt für die Summe und direkte Erblichkeit.
Wenn man bei sämtlichen belastenden Angehörigen der
ommenen Geisteskranken die Ziffern 1. für Vater und M
für Großeltern, Onkel und Tante, 3. Geschwister, vergl
den Ziffern der Aufnahmen 1. für direkte, 2. indirekte,
chstehende Erblichkeit, so steht schon bei direkter Erb
die Ziffer der Angehörigen höher, noch viel mehr bei indire
in noch höherem Grade bei gleichstehender Erblichkei

keitsstufen bei den Aufnahmen zusammen.

Bei Geisteskrankheiten der Aszendenz allein ist der Satz
tte Erblichkeit bei den Aufnahmen niedriger, bei der Sun
indirekte und gleichstehende Erblichkeit höher, als bei
me der andern Abnormitäten der Aszendenz ohne Geis
kheiten. Zugleich sind die oben besprochenen Gegens
chen Aufnahmen und erkrankten Angehörigen bei den Geis
kheiten der Aszendenz abgeschwächt, bei der Summe
rn Abnormitäten verstärkt.

Eine Vergleichung der Gesamtzahl der erkrankten Ä
gen bei den Gesunden ergibt für 1. Eltern, 2. Großelt
el und Tante, 3. Geschwister prinzipiell den Gang der Zah
bei der Tabelle betreffend Einzelpersonen der Gesunden
tter, indirekter und gleichstehender Erblichkeit. Dasselbe
von den Ziffern der einzelnen Abnormitäten der Aszend
er ergeben sich bei den Gesunden, wenn man bei den St
Erblichkeit die erkrankten Einzelpersonen der Gesamtheit
ankten Angehörigen gegenüberstellt, dieselben Gegensätze,
ren der Ziffer von den erkrankten Einzelpersonen zu
me der erkrankten Angehörigen von der direkten zur indirek
von da zur gleichstehenden Erblichkeit, das schwächere
en bei Geisteskrankheiten der Aszendenz und das stärk
den andern Abnormitäten der Aszendenz ohne Geisteskra
n. — Hier liegen demnach allgemeine Regeln der Erblich
die gleichmäßig für die erkrankten Angehörigen der au
nenen Geisteskranken, als für die erkrankten Angehöri
Gesunden maßgebend sind.

Besonders hervorzuheben ist noch, daß die Gesunden bei
eltabellen nur für die indirekte Erblichkeit eine besond
e erreichen, nicht für die gleichstehende. Derselbe Gegen
auch für die Gesamtzahl der erkrankten Angehörigen.

Bei Beurteilung der vorstehenden Ergebnisse geht man
n von der Kategorie der Geisteskrankheit der Aszende
da hier die meisten Anhaltspunkte gegeben sind. A
n die Geisteskrankheiten der Aszendenz bei allen Anga

Digitized by Google

isteskranken und die Verteilung nach dem Zivilstande i
r jetzigen vorausgehenden Generation ungefähr dasselbe ge
, wie in der gegenwärtigen, so würden etwa in jener nac
zigen Annahmen 1 Geisteskranker auf 250 Einwohner de
kerung gekommen sein. Zur Vererbung geben im ganze
Verheirateten, Verwitweten und Geschiedenen Veranlas
ese machen in Anstalten ca. 50% von den Aufnahmen
i den Geisteskranken in der Bevölkerung ist der Prozen
mhaft niedriger, schon aus dem Grunde, weil die Idioten
der Bevölkerung ca. die Hälfte der Geisteskranken bilden
den leichteren Graden, der Imbezillität, in ca. 10% vo
samtheit der Idioten, zur Heirat gelangen. Nimmt man ft
rhergehende Generation die Hälfte der in der Bevölkerung
ndenen Geisteskranken als verheiratet oder verheiratet gev
, so würde von diesen 1 Geisteskranker auf 500 Einwo
mmen. Würden nun die verheiratet gewesenen Geisteskra
vorhergehenden Generation die gleiche Anzahl von Ki
nabt haben, und die verhältnismäßig gleiche Anzahl ders
steskrank geworden sein, wie bei dem nicht von geisteskra
ern abstammenden Teil der Bevölkerung, so würde sich
n geisteskranken Eltern abstammende Teil der jetzigen
ion zu dem andern Teil der Bevölkerung verhalten wie 1
er wie 0,2 : 100. Statt dessen liefert die direkte Erblichk
n deutschen Anstalten 10—11% Geisteskranke. Bei Ann
n 10% würde die erbliche Belastung daher 10 mal 0,2 =
l mehr Geisteskranke liefern, als ohne erbliche Belastun
mmt man etwa 1 Geisteskranken auf 100 Einwohner an
nton Zürich wurde bei der Volks- und Irrenzählung im
89 1 Geisteskranker auf 103 Einwohner gezählt) so würd
differenz der geisteskranken Eltern auf 100 Einwohner
chkommen mit direkter Erblichkeit zu erwarten sein. N
n weiter hier 20% für direkte Erblichkeit an (*Koller* h
19,5%), so würde diese Zahl 40mal so groß sein, al
lendem Einfluß der Erblichkeit zu erwarten wäre. — Da
sunden z. T. auch eine erbliche Belastung haben, ist selb
ndlich, da nach Früherem die geisteskranken Eltern auch

gesunder Kinder haben. Dieser Teil dürfte aber, we
ie Belastung aus obiger Quelle vorläge, auch keinen größer
haben, als 100 : 2,0 resp. bei *Koller* 100 : 2,5. Statt dess
n die Gesunden nach *Koller*s Zahlen, bei Geisteskrankh
szendenz, für direkte Erblichkeit, 30 Belastete gegen 100 l
nkten, also eine 15—12 mal höhere Ziffer, als jener Berec
entspricht. Zur Erklärung wird man einesteils annehm
n, daß in der Bevölkerung viele Personen vorübergehe
skrank werden, welche bei der Zählung der Geisteskrank
r Bevölkerung nicht zur Kenntnis gelangen. Andernte
nach Früherem die Vererbung nur in einem verhältn
kleinen Teil der Fälle die Bedeutung haben, daß sie
der Verseuchung ganzer Generationen zu betrachten i
ngünstigen Zustände der Aszendenz sind in dieser Hinsic
. 464 nach den vorliegenden Tatsachen zusammengestel
selbst wenn diese vorliegen, hat man vielfach noch ei
gesunder, bei einem Teil nur gesunde Kinder.

Die Tabelle S. 466 zeigt auf 100 trunksüchtige Eltern
nkten — 58 bei Gesunden. Man könnte hier dieselben
ngen anstellen, wie bei den Geisteskrankheiten der Aszende
n ist zu beachten, daß man es (S. 460), bei einem vielleic
n Teil der Fälle, nicht mit andauernden Krankheiten der P
hkeit zu tun hat, sondern anscheinend mit krankhaft
derungen der Keimdrüsen, welche vorübergehen könn
die verderbliche Gewohnheit aufgegeben wird. Die et
kbleibende psychische Widerstandslosigkeit würde dann
ebiet der psychopathischen Zustände gehören.

Daß die auffallenden Charaktere der Aszendenz je nach ih
ere eine große Bedeutung für die Erkrankung der Desze
n haben, ist bei den Krankengeschichten hervorgehob
der Tabelle S. 466 hat bei ihnen die Aszendenz der G
n nur 16% von der der Erkrankten. — Andere Statistik
hier viel geringere Zahlen, als *Koller*. Sie sind wenig
festzustellen.

Zu bemerken ist, daß auch die gesundgebliebenen erbli
eten Deszendenten vielfach ein besonderes Gepräge habe

Digitized by Google

europathen." „Sie haben viel mehr Chancen, geistig zu erkra

Bestimmte Arten von Nervenkrankheiten der Aszend
poplexien, gewöhnliche organische Gehirnkrankheiten, ums
ene organische angeborene Gehirnläsionen, würden nach
ahlen keine Disposition für Geisteskrankheiten der Desz
egründen. Zu diesen indifferenten Zuständen der Aszende
ören nicht die wohl meist hierher bezogene Epilepsie, Hy
ypochondrie.

Die Geisteskrankheit der Aszendenz begründet, abgeseh
r direkten Übertragung, in viel höherem Grade eine Fa
isposition zur Erkrankung der Deszendenz, als die ande
ormitäten zusammengenommen. Bei den aufgenommenen G
anken ist die Ziffer für direkte Erblichkeit bei Geistes
eiten der Aszendenz nur halb so groß, bei der Summ
direkter und gleichstehender Erblichkeit viel größer, als b
umme aller andern Abnormitäten.

Zu den Abnormitäten der Aszendenz mit besonders nie
ahlen für indirekte und gleichstehende Erblichkeit gehö
runksucht. Dies beweist das Fehlen einer Familien-Dispo
bgesehen von direkter Übertragung.

Die Gesunden haben bei den Tabellen für Einzelne und
r die Gesamtzahl der Angehörigen bei indirekter Erblichke
esondere Höhe, nicht bei gleichstehender.

Stedman (Laehrs Zeitschrift 1889, Lit.-H. S. 53) beh
a. die Zulässigkeit der Ehe bei erblich Belasteten. Er
n wesentlichen mit *Schüle* überein. Dieser *(Laehrs* Zeit
. Bd., S. 761) hält den schädlichen Einfluß auf die
nigermaßen sicher gestellt bei Paralyse, ferner bei de
egenerativer Belastung entstehenden zyklischen Geistesstör
ei ethisch-degenerierten Individuen, namentlich Epileptiker
ysterikern, dann bei chronischen Alkoholisten mit stark
rochenem moralischen Defekt und Anderen.

Diese Anschauungen stimmen grundsätzlich mit der
ehenden Ausführungen überein. Das Hauptgewicht ist a

Digitized by Google

, welche die Degeneration nicht haben. Eine kleine Ve
hen, welche diesen Begriff konstruiren helfen, sind aus de
engeschichten beigebracht. Bei den Trunksüchtigen komme
Degeneration der Persönlichkeit anscheinend noch E
ungen der Generationsorgane vor, welche für die Nach
enschaft verhängnisvoll werden, aber bei Abstinenz heile
n. — Zur Charakterisierung der Degeneration dient auch d
und Art der Angehörigen, speziell noch die der gleichstehen
– Die Konsanguinität der Eheschließenden ist bei Vorliege
rkrankungen speziell zu beachten.

Digitized by Google

Das prozentual ausgedrückte Heiratsrisik
ez. Ausbruchs und Vererbung von Geistes-
Nervenkrankheiten.

Von

Medizinalrat Dr. **P. Näcke**, Hubertusburg.

In einer früheren Arbeit[1]) hatte ich erwähnt, daß zu
renge Beweise für eine eigentliche Entartung
ulturvölker fehlen. Alle dafür angeführten Gründe sin
herem Zusehen fadenscheinig. Denn vieles, was als
rtungssymptom angesehen wird, läßt sich ande
rklären. Jedes soziale Phänomen ist so ungel
ompliziert, daß wir nur mit größter Vorsicht das
der andere Moment als einen der Gründe oder ga
en Hauptgrund seines Bestehens herausheben kö
amentlich wird hier sehr gern nach dem bequemen R
earbeitet: B folgt auf A, folglich ist A die Ursache von B
n einen möglichen sogenannten Zufall zu denken oder a
mstand, daß A und B einmal auch von einer dritten Grö
ängen können, miteinander direkt also nichts zu tun
iner spricht und druckt es dann nur zu leicht dem andern
s nach einiger Zeit der ganze Rattenkönig von Hypothese
ehauptungen von der Tagesordnung verschwindet und endli
Wahrheit, oder sagen wir richtiger: ein Teil der Wahrheit,
icht. Nur einige sog. Entartungsphänomene wollen wir hie
nführen.

[1]) *Näcke*, Kastration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. F

Digitized by Google

Der Alkoholismus hat (scheinbar) immer mehr zugenomm
doch vermochte er noch nicht eins der Kulturvölker zu e

Und gerade beim Alkohol gilt es, in der Abwägu
Ursache und Wirkung sehr vorsichtig zu sein,
unglaublich viele andere Momente mitspielen. D
ezüglich des Verhältnisses von Alkohol und Verbrechen *Geil*
glich dargelegt. Bequemer ist es freilich, mit Zahlen
en und sich um die Qualität derselben nicht weiter
hern! Wollten wir z. B. — die Fälle von Delirium treme
schlossen — die Zahlen der Psychosen, die angeblich dur
hol erzeugt sind, einzeln auf ihren wahren Wert hin un
ritische Lupe nehmen, so würden sich sehr wahrscheinli
wenige Fälle finden, wo der Alkohol die alleinige Schu

Bei den andern wirken gleichzeitig noch ande
ente mit und nur mit größerer oder geringerer Wahrsche
it wird dem Alkohol hier eventuell die Hauptschuld b
ssen werden können. Die große Mühe der Untersuchu
ber nimmt man sich aber gewöhnlich nicht!

Ob die Psychosen und die Nervenkrankheiten wirklich an Za
ommen haben, ist noch lange nicht sicher erwiesen, we
wahrscheinlich.[2]) Für eine einzige Psychose, die Demen
ytica, hat *v. Krafft-Ebing* dies allerdings sehr wahrscheinli
cht, doch war er zu vorsichtig, um zu sagen: absolut sich

) *Geill*, Alkohol und Verbrechen in Dänemark. Aus „Der Alkol
. 1904.

) *Grunau* (Über Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffe
preußischen Irrenanstalten 1875—1900. Halle, Marhold. 1905)
cht überzeugen können, daß in Preußen die Psychosen von 1875
ugenommen haben, ebensowenig die Entartung. Nach *Hackl* (D
hsen der Geisteskranken in Deutschland. München, Geitz & Schau
Nach Ref. im Zentralbl. f. Anthrop. 1905, S. 323) hat dagegen
er Irren und Blöden in Preußen und Sachsen nach den Volkszählung
71 und 1896 prozentual zugenommen. Doch ist die Zunahme 1. ei
geringe und 2. sicher mit so vielen Fehlern behaftete gewes
an darauf vorläufig nur wenig geben kann. Es verschlägt au
wenn *Podestà* (Häufigkeit und Ursachen seelischer Erkrankungen
utschen Marine usw. Arch. f. Psych. 1905, S. 651 ff.) nachweist, d
l der Geisteskranken im Heer und in der Marine in den letzten Jahr

Überall hört man ferner von der Überhandnahme der
rechens sprechen, und kritiklos nehmen es die meiste
Ter aber näher zusieht, weiß, daß mit den immer kompli
erdenden modernen Verhältnissen, den an Zahl zunehm
esetzesparagraphen die Zahl aller Rechtsbrüche zunehmen
as besagt aber wenig, zumal die Handhabung der Gesetz
bjektiv ist und nur ein Minimalprozent der Verbrecher w
tappt und bestraft wird. Alle Verbrecherstatistiken sin
r unsre Frage unbrauchbar; wir werden voraussich
en wirklichen Stand des Verbrechenpegels nie erfa
rwägen wir aber alle Umstände, so werden wir sogar
ehmen haben, daß die verbrecherische Psyche im g
ch quantitativ kaum geändert hat, wohl aber
tiv. Es kann also zurzeit von einem Degenerationssy
er noch nicht gut geredet werden. Ja, indem zweifellos d
gen Reate den Eigentumsdelikten gegenüber immer mehr z
eten, ist sogar eine Verbesserung, ein Milderwerden
erbrecherischen Psyche sehr wahrscheinlich.

Eher könnte man sagen, daß der Selbstmord häufig
orden ist. Doch ist vielfach ein verändertes Milieu daran sch
aß auch hier von einer direkten Entartung nicht ohne weite
ede sein kann. Dasselbe gilt auch bez. der überall beoba
bnahme der Geburtenziffer, der geringer werdenden
higkeit für das Heer usw. Hier gibt es stets noch ande
ärungsmöglichkeiten, die alle wohl bedacht werden m
evor man von wirklicher Entartung reden kann. Ebens
ehrt ist es, ohne weiteres den Untergang der antiken
uf Entartung zurückzuführen; das tun nur Naive oder
ächliche.

Vergessen wir endlich auch nicht, daß, wenn wirklic
nd da ein echtes Entartungsphänomen sich zeigt, ma

---

r uns haben. Das sieht man schon daraus, daß in der Marine d
ne höhere ist als im Landheere, doch steigt sie seit 1896/97 in
äßiger Weise herab. Weiter — was wohl die Hauptsache sein dü
rgesse man nicht, daß man seit 30 Jahren viel besser die Psycho
en Soldaten zu erkennen gelernt hat, und daß psychiatrisch ausg

e kein Recht hat, deshalb das Volk ohne weiteres als dur
entartet zu bezeichnen. Wir müssen nämlich bei d
kern, wie im Leben des einzelnen, für die Norm
eine gewisse Variationsbreite aufstellen und sie
t zu eng fassen. Ein bedenkliches Symptom überlie
lange nicht die Masse dem Untergang; niemand kann wiss
ch noch weitere Entartungserscheinungen anschließen werd
ob jenes wieder verschwinden wird. Kleine und einzel
ormitäten wollen im individuellen und Volksleb
wenig besagen. Sie fallen noch in die norma
te und sind zum Teil aufbesserungsfähig. Würd
zu streng zu Gericht sitzen wollen, so wäre es schier
eiflich, daß die Menschheit an Entartung noch nicht län
estorben ist. Wir werden uns also wohl hüten, z. B.
nischen Völker für degeneriert zu erklären, weil gewi
omene zutage treten, die man gern als solche der Entartu
ht. Sie sind gewiß aber meist nur Artefakte, erzeugt
ers durch lange Mißwirtschaft der Gewalthaber und so h
Knebelung seitens der Religion der Liebe. Gerade wer
gen Italiener, Franzosen oder Spanier näher kennen lern
wissen, was für ein gesunder Kern hier im Volke fast übe
t, und daß eine wirklich entartete Nation ganz anders a
n müßte.

Damit ist aber natürlich nicht gesagt, daß wir uns im H
auf die schönste aller Welten auf das Ruhekissen der Sell
edenheit ausstrecken sollen. Die Gefahr kann kommen,
lt hier, die Augen offen zu halten und nicht abzuwarten,
Haus über uns brennt. Bisher, sagte ich früher, sorgte
r meist selbst für die Assanierung, und die moderne Hygi
rstützt sie hier in vielen Punkten.[1]) Diesen Assanierungspro

[1]) Vom selektorischen und radikal rassenverbessernden Standpunkte
lechtert sich dadurch freilich die Rasse, indem so viele geistige
rliche Invaliden erhalten bleiben und sich zum Teil fortpflanzen, während
Lebenskampf und die Infektionskrankheiten aller Art sie ohne Eingre
verktätigen Liebe und der Hygiene fortgerafft hätten. Unsere Hu
verbietet uns, anders zu handeln. Eine andere Moral — vielleicht

leutenden Arbeit, daß zwar bezüglich der erblichen Ge
astung bei Geistesgesunden und Geisteskranken kein g
terschied ist — auch *Koller* hatte es schon gezeigt —, daß
nn man nur die Eltern berücksichtigt, die Geisteskranken
leutend mehr erblich belastet erscheinen (dies auch scho
rlich der Belastung mit Psychosen in der Gesamtheit) al
stesgesunden. Das heißt also: letztere haben die meiste
ne Belastung in den entfernten Gliedern, und die Natu
Tendenz, den Schaden wieder auszugleichen, was ich beso
Zuführung besseren Blutes in den Stamm zurückführen mö
hrend *Diem*[2]) mehr andere Momente hierfür verantwortlich m

---

enwart sorge. Dies läßt sich vielleicht auf die Weise erzielen, daß wir fü
derwertigen nur soweit sorgen, als es absolut nötig erscheint, für si
ne Luxusbauten usw. verlangen, wie es modern ist, dafür aber das
üssige Geld zur Verbesserung der Milieus anwenden. Dann k
hoffen, allmählich eine gesundere Generation erstehen zu sehen.
ze uns die innere Mission mit ihren großartigen Zielen und Erfolge
r am Herzen liegen als die äußere, deren Erfolge den aufgewendeten
Kosten sehr oft nicht entsprechen. Schon der gesunde, d. h. der n
oismus sagt uns, daß das Hemd näher ist als der Rock, und die
ne Moral sollte mehr unsere Führerin sein als die metaphysische
anierung durch die Natur meint wahrscheinlich auch der berühmte *Ma*
n er kürzlich schrieb (nach Ref. in der Politisch-anthropol. Revue.
59), daß die Natur in ihren blinden Trieben besseres vollbringe a
nsch mit aller seiner Vernunft je erreichen könne. Eine groß
anierung der Natur, wie ich beiläufig erwähnen will, haben wir i
prünglichen Verbrecherkolonien Australiens, die aus den verworf
iedlern bestanden und jetzt sogar auch moralisch hochstehen.

[1]) *Diem*, Die psycho-neurotische erbliche Belastung der Geistesges
der Geisteskranken. Arch. für Rassen- und Gesellschaftsbiologie.
und 2.

[2]) *Diem* macht übrigens mit Recht darauf aufmerksam, daß die
ne Gesamtbelastung ein durchaus unrichtiges Bild der
tnisse gibt. Nur die Belastung nach den einzelnen Fak
l noch dazu der einzelnen verschiedenen Familiengl
an hier einen wirklichen Einblick gewähren Deshalb
t sämtliche Hereditätsstatistiken wenig brauchbar, zumal
ersucher beim Aufstellen derselben andern Normen folgt, sie somit
nal miteinander vergleichbar sind. Vor allem aber hängen sie g

Aber wenn auch weniger für das ganze, so kann doch
einzelnen und die ganze Familie die Verheiratung mit geiste
nkranken oder entarteten Elementen aller Art die größte
iführen. Hier hätte die Hygiene an erster Stelle einzugrei
das Eingehen solcher Ehen zu verhindern. Ich sagte a
, daß leider alle bisher dafür vorgeschlagenen Mittel we
chtsreich erscheinen. Bloße Belehrung des Volks nützt nic
nur wenig. Der Neomalthusianismus ist ein zweischneidig
ert und der Abort verbrecherisch; nur staatliche Zwangsmi
n vielleicht auf Erfolg zu rechnen. Eheverbote werden a
viel nützen, eher für gewisse Fälle[1]) die Kastration,
nie eine Massenkastration werden kann.

Wenn nun die Belehrung im allgemeinen sehr wenig v
t, so können doch Fälle vorkommen, wo der Hausarzt
Eheangelegenheit zu Rate gezogen wird. Vielleicht verm
nn hie und da ein Unheil abzuwenden. Der gewöhnli
ische Arzt wird freilich dazu noch seltener kommen
r, wo das Institut der Hausärzte mehr in Blüte war,

Der alte Hausarzt kannte alle Familienmitglieder von kl
die erblichen Verhältnisse der Familie und genoß das grö
auen. Somit war er der natürliche Berater. Obiges geht d
en Arzt meist ab, auch dem Spezialisten, der dafür jedoch e
Erfahrung in Vererbungsangelegenheiten überhaupt besi
wird auch leidliches Vertrauen entgegengebracht. Da nun
lete Publikum durch die Presse, die Romane, das Theater u
el von Vererbung und ihren traurigen Folgen hört und
einigermaßen aus der Ruhe gebracht wird, so ist es ni
erwundern, daß jetzt sehr wahrscheinlich mehr Ratschl
nesachen — und zwar vorwiegend bei Spezialisten — e
t werden als früher, natürlich nur in den oberen Schicht
iel der Ratschläge wirklich befolgt werden, ist freilich unbekan
e aber zu wissen jedenfalls sehr deprimierend sein. De

---

echts usw. fast stets fehlt. Wichtig erscheint es hierbezüglich au
f *Wagner* zuerst aufmerksam machte, daß von den Normalen n
größere Anzahl untersucht werde als von den Kranken.
) Siehe meine frühere Arbeit. Ferner: *Näcke*, Eheverbote. Arch

fektwerte aller Art spielen bei Eheprojekten die Ha
lle und lassen Vernunftgründe sicher meist unbeac
ußte ja der Fragesteller sogar erfahren, daß man nie von
solut sichern Vererbung bei den Psychosen reden kann,
mal bei Schwachsinn! Das aber gerade wollten gewiß
ren. Nun können sie ja mit gutem Gewissen ihren So
inschen folgen und heiraten. Geht es schief, dann tröstet
h damit, daß der Arzt die Vererbung der Krankheit auch
her behaupten konnte, ihm, dem Konsulenten, folglich
Vorwurf erwachse. Und ein solches Räsonnement ist
enschlich!

Im konkreten Falle wird sich der Arzt natürlich der
erantwortlichkeit seiner Aussprache wohl bewußt sein und
nzes Wissen und seine Erfahrung mit der nötigen Kritik i
enst einer guten, einer sozial wichtigen Sache: der sachgem
urteilung aller einschlägigen Verhältnisse, stellen. Der F
eller wird sich aber oft kein rechtes Bild von der Größ
entuellen Risikos machen können, da die beliebten Ausdr
oße, mäßige, geringe Gefahr, große oder geringere Wahrs
hkeit und ähnliche Worte, im allgemeinen doch zu vag
es hat man auch sehr richtig in einem großen Gebiete beg
s immer mehr Bedeutung gewinnt: in der Unfallspraxis.
t deshalb sehr bald darauf gedrungen, an Stelle jener
hätzungen greifbare Zahlenverhältnisse zu setzen, mochte
ch noch so viel Subjektives anhaften. Und die Praxis ha
bei wohlbefunden! Erst tastend ging man ans Werk.
ard durch die Erfahrung immer kühner und konnte schli
rmliche Skalen für die Grade der Arbeitsunfähigkeit aufst
nen ähnlichen Weg glaube ich nun — wohl als erster -
s Heiratsrisiko bei irgend einer Krankheit empfehlen zu k
d habe ihn kürzlich in psychiatricis wirklich beschritten.
dabei im einzelnen verfuhr, soll folgender Fall zeigen:

Ein wohlhabender Herr X. wollte sich gern mit Fräulein Y. verehe
wußte, daß ein Bruder derselben als schwer geisteskrank in mein
ndlung war, und kannte noch weitere Daten. Er wollte nun wissen,
eprojekt abzuweisen sei oder nicht. Ich machte ihm zunächst kla
r zwei Hauptpunkte zu besprechen seien: 1. die Gefahr für Fräu

ır für die Nachkommenschaft wegen möglicher Vererbung einer Ge
Nervenkrankheit. Die Größe von Nr. 1 hinge von der Anamnese
lein Y. ab, die von Nr. 2 zugleich von der des Heiratskandidaten. In be
n müsse aber außer der Anamnese bez. eines Vorhandenseins der
ch belastenden Faktoren noch die persönliche Veranlagung von X.
X. und Y. untersucht werden. Das Milieu endlich sei zu berücksicht
eres war von beiden Personen ein scheinbar gutes. Vielleicht hatte
hung bei Frl. Y. etwas zu wünschen übrig gelassen, da der Vater frühz
tarb und die Mutter mit mehreren Kindern allein dastand. Bezüglich
nnese ergab sich aus dem Fragebogen, daß der Vater von Fräulei
poplexie gestorben, der Großvater (welcher?) „rheumatisch" erkrankt
erstorbener 15jähriger Bruder von Fräulein Y. geistesschwach gew
Ihr zweiter, in meiner Behandlung stehender, zurzeit 27 Jahre
er war schon auf der Schule eigentümlich gewesen, zuletzt menso
und hatte auch zeitweis Zwangsgedanken gehabt, wie Patient s
b. Auf der Hochschule klappte er plötzlich zusammen. Es ging nicht
dem Lernen, auch nicht in einem fernabliegenden Berufe, und er muß
renanstalt wandern. Hier prägte sich immer mehr das Bild der Dem
cox paranoides heraus mit allen möglichen Tics, Stereotypien, Ne
en, Selbstmordideen und -versuchen, vielen Halluzinationen, Zwa
ellungen und -handlungen aller Art und einer Reihe von paranoiden W
. Depression herrschte meist vor, öfter mit Sünden- und negativistis
he einhergehend, hie und da auch mit Größenvorstellungen. Kurz
nose ist eine schlechte. Herr X. kannte nun schon seit langem
lie Y. und teilte noch folgende, mir unbekannte Daten mit. Die M
eine kräftige, resolute, sehr tätige Frau, die vorzüglich wirtscha
auch ihre zwei Töchter, welche scheinbar gesund seien. Bei der
hm, dem Herrn X., nur aufgefallen, daß sie leicht blaue und kalte H
Nase bekäme und leicht errötete. Letzteres sei auch bei der a
ester, der Braut in spe, der Fall. Der jüngste Bruder endlich leb
e, sei kränklich und wohl geistig schwach. X. selber, ein hochgebil
, macht einen etwas nervösen Eindruck und gibt selbst an, nervö
sonst aber gesund. Nie sei er krank gewesen; er trinke fast nicht,
hol schlecht vertragen und habe stets solid gelebt. Soviel er w
in seiner ganzen Verwandtschaft sich kein Fall von Geistes-, Ne
kheit, Selbstmord, Apoplexie usw. ereignet, und die Eltern seien
nd gewesen.

Soweit der Unterbau für die folgenden Erwägungen. Das Milie
X. und Y. so gut wie außer acht zu lassen. Wir haben es also zun
Fräulein Y. zu tun. Sie ist in der Tat erblich ziemlich schwer bel
Vater starb an Apoplexie, ein verstorbener Bruder war geistesschwach
zu Hause lebender scheint es gleichfalls zu sein, und der dritte
Dementia praecox paranoides. Die Mutter, sie selbst und ihre Schw

tisch" war, will ich nicht besonders hoch bewerten, mehr schon, da
er an Apoplexie zugrunde ging. Eigentlich gravierend für Fräulein Y.
h nur der Umstand, daß ihre drei Brüder geisteskrank sind, davon z
wachsinn leidend (der eine davon wahrscheinlich), der dritte an v
ntlich unheilbarer Dementia praecox paranoides. Diese ganze erblic
ung bedingte nach meiner Schätzung ein Risiko von etwa 30—35%
Fräulein Y. könnte später einmal mit einer Wahrscheinlichkeit vor
–35 : 100 geistig oder nervös erkranken. Sollte sie heiraten, so
der Prozentsatz noch etwas erhöhen, da ja besonders die Entbi
Wochenbett und die Laktation, aber auch Sorge und Kummer ein
dann, namentlich bei einer Disponierten, eine Psychose auslösen kö
sonst vielleicht gar nicht oder erst später entstanden wäre. Höh
zu obiger Ziffer glaubte ich aber nicht gehen zu dürfen, da von
er Geistes- und Nervenkrankheit in der Aszendenz, bis auf die nicht
wer wiegende Apoplexie des Vaters, nichts vorhanden, die here
astung also allein eine kollaterale, wenn auch schwere, war. Bez
Gefahr für die Nachkommenschaft mußten noch einige wenige Pr
zukommen, da Herr X. nervös erschien. Ich schätzte also die Gefa
ertragung einer Psychose oder schweren Nervenkrankheit für die
rund 35—40%. Herr X. schien mit dieser Art der Darlegung in
r zufrieden zu sein und wollte das Heiratsprojekt daraufhin noch
fen. Kurze Zeit darauf schrieb er mir einen Brief mit der Mitt
, wie er unterdes erfahren habe, auch die Großeltern von Fräul
terlicherseits nicht gesund gewesen seien. Der Großvater sei an G
ung gestorben, die Großmutter an Magenverhärtung. Er habe fer
ulein Y. bemerkt, daß sie „Schmerzgefühlen sehr untertan sei". E
wollen eine Warze abbinden, habe es aber unterlassen müssen, w
Schmerz zu groß war; „immerhin auffällig, wenn man bedenkt, da
Eitelkeit in Frage kommt. Ist das nicht unnormal? . ." Darauf antw
ihm, daß Apoplexie als belastendes Moment nicht allzuhoch anzusc
besonders nicht beim Großvater; „Magenverhärtung", also Kar
de von den meisten deutschen Autoren nicht als Belastung ange
l aber zum Teil von den französischen, denen ich mich hier ansch
chte. Die übergroße Schmerzempfindlichkeit von Fräulein Y. bes
h endlich noch mehr in der Annahme einer wahrscheinlich ab ov
enden Nervosität. Immerhin könnte ich die im Briefe erwähnten Mo
üglich eines Risikos auf nicht mehr als 5% taxieren, so daß die G
r für die Vererbungsgefahr der Kinder nunmehr etwa 40—45% be
de. Was Herr X. noch machen wird, weiß ich nicht. Wahrscheinlic
r hier, wie gewöhnlich, der Affekt, d. h. die Liebe oder Spekulation s

Es ist nun einleuchtend, daß das Taxieren des Hei
ikos in Prozentzahlen ein ziemlich rohes und

ives Verfahren darstellt, jedenfalls immerhin
eres, als die bisher übliche Art, sich vager A
cke zu bedienen. Ich halte daher diese Methode
fehlenswert und weiter ausbildungsfähig. Je gena
die Anamnese, die betreffenden Personen und das Mi
t, um so mehr wird man die richtige Zahl annähernd tref
mehr kann man nicht verlangen.[1]) In meinem Falle
zu erlangende anamnestische Erhebung leider eine noch
llkommene, daher kann die gegebene Zahl auch nur als
t ungefähre gelten. Dies wird klar, wenn wir uns jetzt ei
kte näher ansehen, die bei künftigen Fällen in Betracht
en wären, soweit dies möglich ist.

Daß das Milieu von sehr hoher Wichtigkeit auch für
tehen von Geistes- und Nervenkrankheiten und nicht
das Verbrechen[2]) ist, brauche ich nicht besonders
nen. Um dasselbe in seiner wahren Bedeutung kennen
en, muß der moderne Psychiater einen möglic
ten Horizont zu gewinnen suchen, namentlich
Biosoziologie und den angrenzenden Gebie
n erst wird ihm die rechte Bedeutung der norma
pathologischen Psychologie klar, und er wird
ühen, noch über die Behandlung seiner Kranken hinaus
en, d. h. sozial. Daher habe ich absichtlich mich eine W
mit der angeblichen Entartung und ihren Symptomen
ren Kulturvölkern aufgehalten.[3]) Gerade der Psycho

[1]) *Diem* behauptet, daß die Frauen als „geborene Chronisten
lie" im allgemeinen mehr Positives bezüglich der Anamnese ihrer
igen anzugeben wüßten, als die Männer, wodurch es geschähe, daß
en mehr belastet erscheinen als die Männer. Dies ist nicht unmög
wissen ja, daß die Depositionen der Frauen vor Gericht häufig viel
nder und klarer sind als die der Männer, leider aber nicht imme
lässig! Das wird man auch bezüglich der anamnestischen Daten
ssen dürfen. Bekannt ist endlich, daß die Frauen dem Arzte ihre Le
dwelcher Art häufig viel besser beschreiben können, als die Männe

[2]) Hierbezüglich siehe das großartige Werk von *Bonger:* Crimin
uses économiques. Amsterdam, 1905.

Digitized by Google

[3]) Näheres bei *Näcke*, Zur angeblichen Entartung der romanischen Vö

z. unserer Frage, kommen nun vor allem die Wohnt
hrungs-, noch mehr aber vielleicht die Familien- und B
hältnisse in Betracht. Bei Disponierten können recht
ion hier verschiedene Momente eine Krankheit des Ze
rvensystems herbeiführen oder vorbereiten helfen, name
drige Eindrücke aller Art, nicht zum wenigsten im Fam
eise. Im Gegensatz zu einigen Autoren muß ich ge
lchen akut einsetzenden, noch mehr aber viell
n chronisch anhaltenden depressiven Eindrücke
s Gemüt eine sehr große Wichtigkeit als disponie
s oder die Psychose usw. auslösendes Moment
hreiben. Darauf führe ich namentlich den so häuf
sbruch der Dementia paralytica, besonders in
llen, wo durch Lues der Boden schon vorber
ar, zurück.[1]) Diese Gemütsdepression braucht jedoch gar
ar offenbare zu sein. Verletzte Eitelkeit, Fehlschlagen
ffnung usw. können eventuell so still und doch tief get
rden, daß selbst die nächsten Angehörigen davon nichts
r wenig merken. Das Fehlen einer äußern Reaktion ist
ch lange kein Beweis für ein Fehlen einer solchen Urs
drerseits kommt es auch sehr auf die Person selbst an.
ist deshalb stets an die Möglichkeit einer dissoziier
ertung und Reaktion zu denken. Die Ehe selbst bietet
ch, abgesehen von psychischen Eindrücken aller Art,
rschiedene Gefahren, besonders für die Frau durch
rtpflanzungsgeschäft.

Als hauptsächlichste belastende Momente der Erbli
nme ich mit anderen (z. B. auch *Diem*) vorläufig sechs
isteskrankheit (incl. Idiotismus), Nervenkrankheit (incl. Epile
normer Charakter, Apoplexie, Alkoholismus und Selbst
r andere Autoren gibt es mehr oder weniger solcher Fak
es schwankt zurzeit hier noch hin und her! Anerkann
hl immer an die Spitze gestellt wird hier die Bedeutun

[1]) S. hierüber meine verschiedenen Arbeiten bez. der Dem. para
t: Erblichkeit u. Prädisposition usw. bei der progr. Par. in Bosnien,
tralblatt 1906, Nr. 4.

verschieden, und *Schüle* hat neuerdings dies wieder betont
f will ich deshalb hier nicht näher eingehen. Erwäh
ber wenigstens einiges werden. Den übrigen Irrsinn
en mindestens sehr nahestehend für die Ve
ngsgefahr muß ich mit anderen auch die Dement
lytica erklären, da ich für die meisten Fälle derselb
ovo invalides Gehirn annehme, eine Ansicht, die imm
anerkannt wird, wie auch die hohe erbliche Belastung d
rtiker. Ein sehr böser Faktor bezüglich der Vererbung
die Epilepsie, noch schlimmer als die Psychosen en bl
ntia senilis dagegen scheint weniger in Betracht zu komme
uch *Koller* und *Diem* fanden. Die Bewertung einer Ps
wird wohl verschieden sein müssen, je nachdem diesel
Vater oder der Mutter, vor oder nach der Zeugung d
s stattfand.[2]) Es fragt sich ferner, wie stark sie ausgeprä
in welchem Alter sie eintrat, wie der Körper- und Geiste
d z. Z. der Zeugung war, ob Vater oder Mutter oder g
betroffen wurden usw.[3]) Alles das ist meisterlich v

Schüle: Über die Frage des Heiratens von früheren Geisteskranken
Reimer, 1905. Siehe auch *Mendel* (später zitiert).

Diem hält es für ziemlich irrelevant, ob das Kind vor oder nach A
der Psychose bei Vater oder Mutter erzeugt ward, weil ja immer
ition dazu schon da war. Ich kann dem nicht beistimmen. Abgeseh
daß vielleicht Irrsinn auch einmal ohne Disposition eintreten ka
meine ich, die vorhandene Disposition durch eine Psycho
erhöht, das Gehirnleben noch gefährdeter, selbst wenn Heilu
Deshalb wird a priori ein Kind, nach Ausbruch der Psychose be
ezeugt, mehr Chancen haben, psychotisch usw. zu erkranken, als eins v
usbruch. Ebenso hat mehr Chancen eins, das kurz nach der Heilu
ters gezeugt ward, als wenn mehrere Jahre dahingingen, und
er unterdes sich erholen konnte. Das sind übrigens Dinge, die si
beweisen ließen. Vorläufig ist mir hierüber aber noch keine Statis
t! Würde also in unserm oben skizzierten Falle Frl. Y. heirat
kriegen und psychisch im Wochenbett usw. nicht erkranken, so hätten
ommen, glaube ich, mehr Chancen, später nicht geisteskrank zu werd
nn vorher bei der Mutter Irrsinn ausgebrochen wäre. Dasselbe
um Teil bezüglich der Trunksucht.

Digitized by Google

Ob eher oder schlimmer von seiten des Vaters oder der Mutter

eitsursache ist wichtig. Eine Infektionspsychose (nach Infl
yphus usw.) ist weniger gefährlich, als ein Irrsein nach
ftung mit Alkohol, Morphium usw., bei denen eine sch
chädigung des Organismus oder der Keimstoffe oder
ngenommen werden kann. Die Psychosen nach Traum
erschieden zu beurteilen. Bezüglich der Nervenkrankheite
berall das nämliche.

Nervenkrankheiten fallen weniger in das Ge
ie die Psychosen, und *Diem* fand sie sogar im ganze
esunden[2]) fast ebenso häufig, als bei Geisteskranken, relativ
i letzteren aber bei direkter Belastung. Ungleich wic
scheinen dagegen die Charakteranomalien, die sch
r Belastung aller Glieder der Irren eine viel wichtigere
ielen, als bei Gesunden, wie dies namentlich die Zahle
oller und *Diem* beweisen. Hier gilt es aber doch,
orsichtig zu sein, da der Begriff des abnormen
.kters sehr vag ist. Jeder Autor erweitert oder vereng
ahmen desselben! Wir müssen eine ziemlich
ariationsbreite in der Betätigung des Geistes-
ervenlebens beim sogenannten Normalen statui
so manchen streng genommen pathologischen Zug mi
ziehen, wollen wir nicht schließlich alle Welt für nerven
eisteskrank ansehen. Denn bei jedem sogenannten Normalen
ch irgendwo ein, wenn auch kleiner, „Riß“,[3]) eine g

stellt. Manche behaupten, die Mutter wäre hier der schlimmere Teil!
chtig für das künftige Wesen ist aber auch der Zustand der
ährend der Schwangerschaft.

[1]) *Mendel:* Geisteskrankheiten und Ehe, in: „Krankheiten und
ünchen, Lehmann, 1904. Siehe daselbst auch die ganz vorzügliche
n *Orth:* „Angeborene, ererbte Krankheiten und Krankheitsan
amentlich solche sollen sich diese zu Gemüte führen, die gedanken
ererbung reden, als wenn das eine so einfache Sache wäre!

[2]) *Diem* möchte vorsichtigerweise statt „gesunde Personen“
ersonen des freien Lebens, welche noch nie interniert und nie akut ps
krankt waren.“

[3]) Sehr drastisch sagt der alte *Gutsch* (zitiert von *Jagemann*,
hrift für Kriminalpsychologie usw., 1905, S. 338 ss.): „Wer nu

ter", wie *Stadelmann* in seinem geist- und gehaltvollen Buc
as Wesen der Psychose die „Disposition" zu Geistes- un
krankheiten nennt. Kontrastcharakter braucht aber nicl
dort immer offenkundig zu sein (*Stadelmann* behaupt
!), ja er ist öfter latent, kann sogar scheinbar einmal gar
und in den Nachkommen nicht mehr auftreten, Fälle alle
die leider in concreto wohl nie strikte beweisbar sind! Ma
ge also jedenfalls nicht zuviel vom Gesunden und bezeichn
Person erst dann als abnorm, wenn schon deu
geistige und nervöse Symptome pathologischer A
eten. Das gemeine Volk hat hierfür oft ein recht feine
. Wollen wir ein Maß haben, so müssen wir den Reaktion
chnitt einer möglichst großen Zahl von Individuen desselbe
echts, Alters, derselben Schicht, desselben Orts, derselbe
womöglich auch desselben Berufs, konstruieren und nur da
norm bezeichnen, was darüber oder darunter ist. Ma
schon hieraus das Künstliche der Konstruktion, und doc
sie immer noch richtiger als der einfache vage Ausdruck
xteranomalie. Jedenfalls werden die Ansichten hierüb
gemeinen viel mehr divergieren, als bezüglich des Irreseins.
wichtig es speziell hier ist, das Alter zu berücksichtige
daraus hervor, daß z. B. zur Zeit der Pubertät oder i
n manches als normal, als physiologisch erscheint, wa
halb dieser Zeiten pathologisch wäre. Ebenso, was i
erium, im Klimakterium eintritt usf.
ie Apoplexie als belastendes Moment wird verschiede
et, von einigen hoch, von anderen niedrig. *Diem* find
ganzen und auch bei den Eltern von Gesunden häufige
ei den Kranken. Ähnlich *Koller*. Jedenfalls muß ma
ast bei der Beurteilung der Fälle Herz-, Nieren- und Gehir
ausschließen. Was die Leute „Gehirnschlag" nennen, i
n ganz anderes Ding. Für die sichere Diagnose vo
lexia cerebri kann eigentlich nur das Sektion

Darauf beruht es z. B. auch sicher, daß die Zahlen für Charakteranomali
ller wesentlich höhere sind, als bei *Diem*, der im ganzen die Geiste

beides ist allerdings nur selten zu haben. Die wahre
plexie setzt immer eine herabgesetzte Widers
ähigkeit der Gefäße voraus, ab ovo bestehend oder
rst erworben. Namentlich geschieht letzteres durch die
klerose infolge von Alkohol[1]) oder andern schädigenden Mo
der durch früh einsetzendes Senium. Doch müssen w
uch in allen diesen Fällen noch eine gewisse angebore
position postulieren. Die Apoplexie kann also
esunden Gefäße betreffen, und sie gilt daher mit
ls ein belastendes Moment, welches freilich viel
vichtig ist, als eine Psychose oder Charakteranomalie. W
vird sie nur bei Häufung.[2])

Die hohe Bedeutung des Alkohols als belastendes
rauche ich nicht erst zu betonen. Wir sehen dies be
eutlich in den Familien der Idioten, Epileptiker und Ent
Meist konkurrieren freilich noch andere Momente, so da
oncreto oft sehr schwer ist, den wirklichen Wert des A
estzustellen, genau so, wie wir dies schon bezüglich
eugung von Geistes- und Nervenkrankheiten durch
ahen.[3]) Dazu kommt die höchst subjektive Bezeichnung:
Bei der erblichen Belastung der Psychosen im engeren
cheint dagegen der Alkohol eine geringere Rolle zu
So ist nach den genauen Statistiken von *Koller* und *D*
Belastung der ganzen Familie mit Alkohol bei Kranke
Gesunden fast gleich und nur bei direkter Belastung, d.

[1]) Ganz einwandfrei scheint die Genese der Arteriosklerose durch
och nicht zu sein. *Burwinkel* (Ref. Münchener medizinische Woch
905, S. 2100) behauptet wenigstens, daß nicht Alkohol Ursache da
einer Erfahrung nach, sondern die Flüssigkeitsmenge. Daher f
ich bei Bier-, nicht aber bei Schnapstrinkern. Auch bei Fettsucht
ie vor, nicht aber bei schwerer körperlicher Arbeit. Letzteres mö
llerdings nicht unbedingt unterschreiben.

[2]) Zum Beispiel in unserm Falle, wo Großvater und Vater de
n Apoplexie starben.

[3]) Siehe hierüber auch die Bemerkungen in *Näcke*, Der
ls ätiologisches Moment bei chronischen Psychosen. Irrenfreun

Digitized by Google

elt so groß als bei den Gesunden. Bei Feststellung
ksucht in der Aszendenz ist es meiner Ansicht nach a
tig, zu wissen, ob das Kind vor oder nach dem Auftre
Potatoriums erzeugt ward, wie groß der Grad der Tru
ist, wie die Kinder sich verhalten usw. Dabei müssen
vergessen, daß wahrscheinlich in den meisten Fällen
dazu Disponierter Säufer wurde. Ne boit qui veut, sagt ni
Unrecht der Franzose. Wird der Trinker durch Abstin
lt, so bleibt er nach wie vor natürlich ein Entarteter
wenn er auch weiter abstinent geblieben ist, trotzdem abno
er erzeugen, obgleich vielleicht nicht so schlimmer Art,
er Säufer geblieben wäre. Deshalb schon wäre es
acht, auch die abstinenten Trinker vom Zeugun
häfte auszuschließen. Aber wie?

Was endlich den Selbstmord anbetrifft, so kann die
dazu sehr wohl vererbt sein, doch scheint mir in conc
den Beweis zu erbringen sehr schwierig zu sein, se
der Selbstmord beim Nachkommen zur selben Zeit
net, wie beim Vater. Jedenfalls ist nicht jeder Selbstmör
eskrank, obgleich die meisten sich mindestens in ein
rmen Gemütszustande befinden mögen, wenn sie zur
iten, und dadurch meist eine gewisse angeborene Min
gkeit beweisen. Von den eigentlichen Motiven wissen
wenig Sicheres, und die Statistiken bringen hierüber we
chbares Material. Der Sektionsbefund würde einen wichti
lt geben, besonders der des Gehirns. Leider findet
Gehirne makroskopisch meist nichts Besonderes. Bei die
lage werden wir gut tun, auf das Moment des Selb
ds als belastenden Faktor vorläufig kein al
es Gewicht zu legen, außer wo es gehäuft v
mt.

Anhangsweise muß ich aber noch einige Punkte
en, die in Frage kämen. Noch weniger Wert für
stung als der Selbstmord besitzt im allgemei
Vorkommen von Verbrechen in der Familie. Im

Digitized by Google

die Nebensache. Nur in gewissen Fällen — von den
kranken, epileptischen usw. Verbrechern natürlich abgese
tritt das umgekehrte Verhältnis ein, so bei manchen Gewoh
verbrechern, wo also der endogene Faktor die Haupt- u
Milieu die Nebensache bildet. Blutsverwandtschaft an
ohne Belang, mehr schon uneheliche Geburt. Viel wic
erscheinen mir dagegen als belastende Momen
Lungenphthise, die Karzinose und die sogena
arthritischen Leiden, Momente, die bei uns meist
gelten oder gar ignoriert, in Frankreich dagegen hoc
anschlagt werden[1]). So viel scheint sicher — und
Statistiken der Fransosen sprechen dafür — daß diese K
heiten in den Familien von Geistes- und Nervenkr
und Entarteten aller Art häufiger sind, als be
malen, und das kann kein bloßer Zufall sein.
schlägt dabei wenig, daß das an sich schon so häufige
sind. Man muß sich ja schon a priori sagen, daß all
die Körperkonstitution, die Ernährung dauernd herabsetzt
die Ernährung und Funktion des Zentralnervensystems u
der Keimdrüsen herunterdrücken muß, wenn nicht, wie es
häufig umgekehrt das minderwertige Nervensystem die
Leiden erst im Gefolge hat. Bei Phtisikern wenigstens
sich oft genug allerlei Entwicklungsstörungen und bei Kar
lösen dürfte ähnliches auch stattfinden. Oder Psychose u

[1]) Neuerdings hat auch *Jones* (Ref. im Alienist and Neurologi
S. 304) die Phthise für sehr wichtig erklärt. *Diem* dagegen will
geschlossen wissen. „Etwas anderes wäre es natürlich (schreibt
den gemeinsamen degenerativen Charakter der Tuberkulose
Geisteskrankheiten statistisch belegen zu wollen.“ Nun, wenn die Tul
einen degenerativen Charakter schon an sich trägt oder tragen
sehe ich nicht ein, warum ein solcher nicht übertragen werden und so
sein kann, daß in concreto beim Kinde eine Psychose oder Nervenl
entsteht. Für die Wichtigkeit der Tuberkulose als belastendes Mome
auf dem letzten Kongresse der British Medical Association (nach
Revue de psych. etc. 1905, p. 437) *Urquhart*, *Fletcher*, *Beach* und
ein, namentlich bei Imbezillität, Idiotie und den degenerativen Ps

ren Leiden hängen von einer gemeinsamen Ursache ab. D
schen Leiden: Gicht, Rheumatismus acutus usw. und andre
iabetes können auch zu Psychosen usf. engere Beziehunge
und zwar scheinbar auch, wie gesagt, solche erbliche
Auch hier dürften sich bei näherem Zusehen Entwicklungs
gen usw. oft vorfinden. Ebenso könnten andere Konstitu
ankheiten eventuell als Belastungsfaktoren auftreten, be
, wenn sie schon früh, schwer erscheinen und sehr lang
en. Bekannt ist vor allem hier der Einfluß der Syphili
h die näheren Wege unbekannt sind. Jedenfalls erschein
der Anamnese bei Idiotie und Epilepsie sehr häufig, seltene
n eigentlichen Psychosen, außer bei der Paralyse, wo si
tlich von den meisten zurzeit noch als eigentliche U
angesehen wird, von mir und anderen dagegen fa
s vorbereitendes Moment und dazu nicht einmal als da
.

as also wären nur einige Bemerkungen über die ver
ene Bewertung erblich belastender Momente. Bei de
en Krankheiten spielen natürlich auch der Grad, di
die Heil- oder Unheilbarkeit usw. eine große Rolle bezüg
r Belastungsschwere. Wir sehen jedenfalls, wie kom
rt eine halbwegs richtige Beurteilung der Ver
sse ist, und wie selten wir alle nötigen Unterlage
eurteilung beisammen haben. Wir müssen uns als
mit noch weniger begnügen! Aber mit Obigem ist di
is noch lange nicht beschwichtigt. Wenn B auf,
so sagten wir oben, so ist dies noch kein Beweis, daß
sache von B sein muß. Wenn also das Kind eine
s- oder nervenkranken oder sonstwie entartete
s (bzw. Mutter) später an gleicher oder an eine
ormierten Krankheit leidet, so ist das noch lang
Beweis für eine Vererbung. Vererbt kann ja auch di
heit als solche nie werden, nur die Anlage dazu, und i

Schüle (a. a. O.) will in der Anamnese „eventuell auch konstitutionell
ungen, Krampfneurosen, Diabetes, Fettleibigkeit und Gicht" berück

den Vererbungsfällen handelt es sich meist um Transform
Die sogenannte Vererbung kann ja bloßer Zufall oder V
sein! Serial, d. h. in einer großen Reihe von Fällen
wir zwar einen Vererbungsvorgang als sehr wahrscheinlich an
können, in concreto aber wohl weniger sicher. Nur dan
es geschehen dürfen, wenn ein gehäuftes Vork
in der Aszendenz, also bei Vater und Mutter, den Gr
oder den Kollateralen (Onkel, Tante) vorkommt, w
schon, wenn die Kinder oder deren Vettern und Cousi
krankt sind, also in der Deszendenz. Über den
Modus uns auszusprechen, ob namentlich „Blastophthorie
direkte Schädigung des Keimplasma selbst vorliegt ode
müssen wir erst recht vorsichtig sein, da wir uns
bloßem Hypothesengrund bewegen.

Noch haben wir aber einen wichtigen Punkt zu b
Sind wir über das Vorgetragene mehr oder weniger e
fragt es sich weiter: sollen wir Ahnentafeln oder Stam
konstruieren, d. h. also die Krankheiten usw. in auf-
steigender Verwandtschaftslinie erforschen? Es schein
man der Ahnentafel entschieden den Vorzug einzu
hat, ohne deshalb aber den Stammbaum zu ve
lässigen. Bei ersterer hat aber ein Hinaufgehe
Eltern und Großeltern hinaus praktisch nur weni

[1]) Wenn *Wagner* (siehe bei *Diem*) die Transformationslehre,
Lehre von der einheitlichen psychoneurotischen Disposition für einen
erklärt, so läßt sich diese Lehre, glaube ich, mit der spezifisch
position für jede Geisteskrankheit, für die ich wiederho
eintrat, recht wohl vereinen. Man kann sich wenigstens vorstellen,
Psychose nicht bloß ihre eigene spezifische Disposition vererben kann
öfters, ja häufiger eine anders geartete, wodurch der Transformismu
geben würde. Schon a priori müßte dies der gewöhnliche Vorgang s
n der Keimzellenmischung mit dem Partner nur selten die Elemente be
bleiben werden, welche eben eine spezifische Disposition ausmache
Oder anders ausgedrückt: Von der spezifischen Disposition des Va
würden die dieselbe bildenden Determinanten (benutzen wir hi
Weismanns Sprache!) dissoziiert werden können und entweder sch
dadurch eventuell einen andern Typus ausmachen, oder aber im V
den weiblichen Determinanten. Das Wie und Warum bleibt uns

weiter, daß selbst die indirekte Belastung (durch Großelte
el und Tante) im großen Ganzen ohne Belang ist, da
tisch vernachlässigt werden kann. Die Eltern sind e
eidend, und sehr wichtig ist auch die kollater
erbung durch die Geschwister der Eltern. War sch
wir sahen, in concreto ein absolut sicherer Zusammenh
Krankheit bei Vater und Sohn sehr schwierig festzustel
viel mehr, wenn es nach rückwärts geht und verschied
e übersprungen werden. Daher ist nichts so hypot
n wie die atavistische Vererbung, und nur in s
nen Fällen können wir sie so gut wie bewiesen erachten.
en z. B. genau, von wann und von wem die herabhänge
e der Habsburger stammt. Mit geistigen Eigenschaften o
einer Psychose usw. ist dies viel schwerer zu demonstrier
ulé von Stradonitz[1]) behauptet zwar, daß erst durch Joha
Wahnsinnige in den Stamm der letzten spanischen Habsbur
iel Entartung aller Art eingetreten sei und zwar, weil di
teskranke gehäuft in verschiedenen Ahnenreihen wie
t. Soll das aber wirklich ein Beweis sein? Wenn
dener fremder Zufluß in der Aszendenz krank gewe
, so könnte man einen ursächlichen Zusammenhang mit
eren Entartung wohl annehmen; bei einer einzelnen Per
wie dort, wird die Sache sehr fraglich!

Die Kollateralen der Erzeuger, also Onkel u
te, erscheinen mir mit *Jones, Diem* und andern s
chtenswert, wovon allerdings *Wagner* nichts wissen w
tverständlich auch die eigenen Geschwister. Wie schon gesa
ber auch der Stammbaum, die Deszendenz, nicht zu verna
gen, also die Kinder, Neffen und Nichten des Erkrankten, letzt
dings erst in zweiter Linie. Hier gilt es jedoch ganz besond
tisch zu sein, weil wir auch den anscheinend gesunden Teil
npaares nach oben und unten hin in den Verwandtscha
en zu prüfen haben. Aber ist selbst hier nichts oder nur we

[1]) Siehe das Referat über eine Arbeit von *K.* in dem Archive für Ras

Digitized by Google

rkranken durch eine schwere Entbindung der Mutter
ines engen Beckens oder durch künstliche Deformati
chädels usw. So gibt es eine Menge von Möglichk
ie mit der Vererbung direkt nichts zu tun
edenfalls spricht im allgemeinen Pluralität de
rankung in der Deszendenz, noch mehr freilich
szendenz, für einen Vererbungsvorgang. And
pricht das Fehlen einer Krankheit bei den Kindern usw
ange nicht gegen die Vererbungstendenz, da man erst das
chicksal derselben verfolgen müßte, was eben nicht ge
edenfalls möchte ich aber die Deszendenz nicht von
rachtung ausgeschlossen wissen, wie es *Koller* und *Dien*

Für den Skeptiker — und der wahre Wissensch
uß dies stets sein, wenn er nicht oberflächlich oder irg
anatiker ist —, gibt es also auch bei der ganzen Here
rage fast unzählige Steine des Anstoßes, die un
escheiden in unsern Ansprüchen machen sollten. Wir
ben erst im Anfange des Anfangs der ganzen Er
eitslehre! Es gilt daher doppelt vorsichtig zu sein, be
enn wir dieselbe praktisch als Ratgeber in Eheangelege
erwerten wollen.

Kehren wir endlich nach diesen Exkursen zu unserer
urück, so wäre noch kurz einer interessanten Nebenfr
edenken. War ich befugt, da Herr Y. mein Patient war, H
uskunft und Ratschläge zu geben? War das nicht ein
etzung des Amtsgeheimnisses? Ich glaube dies verne
üssen, da Herr X. schon vorher wußte, daß Y. als Geistesk
nd zwar als sehr schwer Leidender hier sich befind
konnte sich also höchstens nur um etwaige Verheimlichu
rblichen Belastung bei Y. handeln, die aber X. zum große
chon kannte. Wäre aber trotzdem eine gewisse Pflichtver
u konstatieren, so glaube ich doch, daß in Kollisio
iner höheren Pflicht, wie z. B. hier: den X. nich

[1]) *Schüle* ist in seinen genealogischen Stammbäumen genau so v
ie ich es darlegte, d. h. also: Berücksichtigung der Aszendenz bis

se letztere zu entscheiden hat. Das ist auch die Mein
eres ersten ärztlichen Moralisten *Moll* in Berlin. Es gal
erem Falle sozial zu wirken und eventuell ein großes Un
erhüten, dem gegenüber die Preisgabe gewisser anamnestis
en das geringere Übel ist. Es heißt also in solchen
lichen Fällen nicht: fiat justitia, pereat mundus, sondern
der Buchstabe der justitia dem Geiste und der Bedeu
mundus weichen!

Nachtrag bei der Korrektur.

Gegen eine wirkliche Zunahme der Psychosen hat sich neuerdings
er ausgesprochen (a) 2. Bericht [vom Jahre 1905] aus der Psychiatris
k der Universität Würzburg und b) Festschrift zur Feier des 50jäh
ehens der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck [1855—
, Jena, Fischer). Auch glaubt er nicht, daß heute im allgemeiner
emeiner und viel mehr Alkohol getrunken werde, als früher. Wer
trotzdem so wäre, fährt er fort, „dann würde ich mich erst
ber wundern, daß trotzdem so wenige Menschen durch den Alkoh
kten der Psychiatrie gemacht werden". Und 1902 schon habe e
eben, daß in der Krankenhaus-Praxis zu Würzburg die Erkranku
n seien, die man mit gutem Gewissen bezeichnen dürfe als akute
von Delirium tremens alcoholicum oder als chronische Geisteskran
der Ursache der Alkohol-Vergiftung. An seinen genauen Beobachtu
Würzburg ist wohl nicht zu zweifeln, und es würde dies dafür spre
Wein relativ unschädlicher ist, als Bier und Schnaps. Das scheint
den Untersuchungen *Oehlerts* (Der Wein und die Kriminalität. Mo
ft für Kriminal-Psychol. usw. 1906, p. 705 ff.) hervorzugehen, der
, „daß die deutschen Weingegenden, mit alleiniger Ausnahme der
Nordbadens, keinen hohen Prozentsatz von Straftaten aufweisen
bei den Rohheitsdelikten zum Teil unter dem Durchschnitt im
ben". — *Sikorski* (Ref. im Journal of Mental Pathology, 1905, p.
3/4—2/3 der Selbstmörder für psychisch normal, was wohl übertr
Auch durch die Statistiken ist die Zunahme der Selbstmorde noch
lut einwandfrei nachgewiesen, trotz der Annahme *Lomers* (Die
ungen von Selbstmord und Geisteskrankheit zur Rasse. Polit.-Anth
he, 1906, p. 28 ff.). — Stets betonte ich, daß das Wort: Entartun
deutiges und z. Z. noch nicht sicher definierbar sei. Aber „alles,

ießt weit über das Ziel hinaus; Entartung ist keine bloße „deklan
e Phrase“! Richtig dagegen ist seine Anmerkung (b, p. VIII):
lner und Schreiber in Hereditäts- und Belastungsfragen übersehen,
bemerken kann, eigentlich immer den wichtigsten Punkt, der i
z formuliert ist: Pater semper incertus.“ Auch ist nach ihm sogar
er incerta. „Wenn man Hereditäts-Forschungen anstellen will, die
rt haben sollen, — dann muß man vorher den kontrollierten R
l einrichten“ (b, p. X). Auf diesen Punkt ist sicher zu wenig bish
tet worden. In den niedrigen Kreisen dürfte er noch wichtiger sei
den oberen, weil dort uneheliche Kinder häufiger sind. Aber bei
hen von Untersuchungen dürften diese Fehler sich doch bis zu
issen Grade ausgleichen. Schwerwiegender ist es aber bei Untersuch
r das Aussterben von Linien, weil hierbei die Unehelichen einfach b
etzt werden, namentlich bei den Genies und der Vererbung von
Talent, und gerade hier sind natürliche Kinder recht häufig und
ner öfter auch Talente usw. Dies scheint mir *Reibmayr* (Das Aussterb
ntierten und genialen Familien im Mannesstamme, Polit.-Anthropol.
6, p. 675 ff.) nicht beachtet zu haben. *Austregesilo* (Mimetism
ecis e idiotas, Archivios Brasileiros de Psichiatria usw. 1906, p
cht wiederum darauf aufmerksam, daß es oft schwer hält, Nachal
Vererbung zu trennen. Das erscheint besonders wichtig bez. de
ung der Verbrecherneigung, die wohl möglich, aber oft sicher nur s
besteht und vielmehr durch das Milieu erzeugt ist. Bei Kinder
oholikern usw. ist andererseits nicht selten eine Krankheit erst
dheit erworben, die mit Alkohol usw. direkt nichts oder nur we
hat. Dies führt mich zu den Ahnentafeln usw. Es ist schwer,
erhalten (abgesehen von der incertitas paternitatis), und dann beste
röhnlich nur aus Namen, da die Charaktere nur sehr selten bekannt
kann z. B. meinen Stammbaum rückwärts in direkter Linie vom
von der Mutter aus bis zum Anfange des 17. Jahrhunderts zurü
en, habe aber nur — bloße Namen. Und so geht es meist. Kenn
st aber auch Näheres über die entfernteren Ahnen, so beweist di
e eventuelle Vererbung noch absolut nichts Sicheres, auch wenn di
son in der Ahnentafel mehrfach vorkommt. Mit der Entfernun
nen nimmt das vererbte Keimplasma immer mehr ab, und die Wahrs
keit einer Vererbung wird immer geringer. Es hat also wirklich
eck, über die Großeltern hinaus zu gehen! — Die Wichtigkeit der k
n Belastung kann ich durch folgenden Fall klassisch belegen: E
ehener Kollege leidet an dem. par.; sein ältester Bruder war arth
starb zuletzt nach kurzem Delirium (näheres unbekannt), ein a
der an Apoplexie und eine Schwester durch Selbstmord. Obglei
nts von der Aszendenz kenne, so ist diese sehr wahrscheinlich info
werer Häufung von psychotischen Erscheinungen nicht intakt ge

Belastung der Paralytiker. Der kranke Kollege war außerdem abnorme Persönlichkeit. — Für den Zusammenhang von Tuberkulose opathie scheint auch zu sprechen, daß *Lucàcs* (Neurol. Centralbl. 961) bei 58 % der Paralytiker Tuberkulose fand; nach ihm befö den Ausbruch derselben. Mir scheint sie hier aber mehr sek h die trophischen Störungen bei Paralyse entstanden zu sein, un st habe sie nur selten genug gefunden. Man wird aber wohl i ndenz der Paralytiker viel Tuberkulose finden. Ein klassisches Be Tuberkulose und Neuropathie in einer Familie haben *Moriera oto* (A Paranoia e os syndromas paranoides. Archivios Brasileiros 1) veröffentlicht.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

18. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berl vom 17. März 1906.

Anwesend die Herren: Dr. *Adam*-Herzberge, a. G., *Ascher*-Berlin, *B* in, *P. Bernhardt*-Dalldorf, a. G., *Birnbaum*-Herzberge, a. G., *Bratz*- en, *M. Edel*-Charlottenburg, *Eicke*-Herzberge, *Emsmann*-Dalldorf, *us*-Potsdam, *Gock*-Landsberg a/W., *Guttstadt*-Berlin, *Hopf*-Potsdam, *Hi* berge, *Juliusburger*-Steglitz, *Junius*-Dalldorf, *Kapff*-Waldfrieden, *stein*-Dalldorf, *Koenig*-Dalldorf, *Koritkowski*-Dalldorf, a. G., *Kortum*- e, *Kron*-Berlin, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Max Laehr*-Haus Sch *uscher*-Wuhlgarten, a. G., *Liepmann*-Dalldorf, *Loewenstein*-Herzberge, *enthal*-Berlin, *Matthies*-Dalldorf, *Moeli*-Herzberge, *Möller*-Berlin, *M* z. Buchholz, *Munter*-Berlin, *C. Neisser*-Bunzlau, *Pappenheim*-Berlin, *zek*-Berlin, *Roßbach*-Berlin, a. G., *B. Schaefer*-Charlottenburg, *Sch* lgarten, a. G., *Schmidt*-Wuhlgarten, *Seeger*-Lübben, *Seelig*-Herzberge, *Sk* dam, *Sklarek*-Dalldorf, *Spliedt*-Eberswalde, *van Vleuten*-Dalldorf, *idt*-Charlottenburg, *Weiler*-Westend, *Werner*-Dalldorf, *Woltär*-Prag

Dem Verein sind als Mitglieder beigetreten: Dr. *Skierlo*, Assistenzarz alt für Epileptische zu Potsdam, und Dr. *Hübner*, Assistenzarzt der anstalt Herzberge.

Am Vorstandstisch: *Gock, Moeli.*

Vorsitzender: *Moeli.*

Herr *Seelig*-Herzberge: Psychiatrische Erfahrungen an Fürso lingen.

Die Erfahrungen, die den Ausführungen zu grunde liegen, sind au rjährigen Tätigkeit als Arzt an dem Erziehungshause für verwah ben der Stadt Berlin zu Lichtenberg gesammelt. Seit der im Jahre *Mönkemöller* auf Grund des dort gesammelten Materials veröffentli nnten Arbeit über „Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsan en sich verschiedene neue Gesichtspunkte eröffnet, hauptsächlich Inkrafttreten des Fürsorgeerziehungsgesetzes vom 2. Juli 1900. Wä er in der besagten Anstalt größtenteils schulpflichtige Kinder waren, nurmehr schulentlassene Zöglinge, d. h. solche zwischen dem 14 Lebensjahre dort. In dem Gesetze und dessen Ausführungsbestimmu

en. Und doch hat sich diese mit der Zeit als bedeutend herausge
dürfte es immer noch mehr werden. Wenn man bedenkt, daß die K
im letzten Jahre auf nahezu 6 Millionen Mark belaufen und 6458 Ju
(in den früheren Jahren ca. ebensoviel) überwiesen wurden, erhält
n Begriff von der Bedeutung dieses Gesetzes.

Die amtliche Statistik der letzten Jahre erwähnt zwar 90,9% als g
nd und betont, daß daher die Annahme, daß eine große Zahl g
erwertig sei, sich nicht bestätigt. Diese Statistik ist aber nicht verwe
sie nicht auf Grund von psychiatrischen Erhebungen gewonnen ist.
geistigen Beschaffenheit der Zöglinge und der Beteiligung geistig
er haben sich *Laquèr*, *Neisser*, *Kluge*, *Dannemann*, *Tippel* u. A
ftigt. Auch *Moeli* machte auf die Bedeutung ihrer Unterbringung
ksam im Hinblick auf die Vergleichsmöglichkeiten mit den später erfo
werdenden Maßnahmen zur Unterbringung zurechnungsfähiger Mi
iger. Aber ein Einblick in die psychische Beschaffenheit der Zög
rhalb der Erziehungsanstalt, so lange sie eben noch nicht in eine
rische Klinik gekommen waren, ist Psychiatern selten möglich gew
schon *Tippel* hervorgehoben hat. Verhältnismäßig günstige Umst
h Anstellung eines Psychiaters als Arzt an der Lichtenberger Anstal
lichen dem Vortragenden die sonst gewöhnlich so schwierige psychiatr
hließung eines großen Materials von alljährlich über 600 Zöglingen.
en Zöglingen der Lichtenberger Anstalt befindet sich vom ärztl
dpunkte betrachtet eine große Anzahl geistig abnormer verschied
les. Bei einem kleinen Teile war die Abnormität derartig, daß
ung in eine Irren- oder Epileptikeranstalt erfolgen mußte. Auf die Kasu
r geht Vortragender in der vorliegenden Veröffentlichung nicht ein,
daran liegt, in das psychiatrische Verhalten des im Erziehungsh
enden Gros einen Einblick zu verschaffen.

Es gibt unter den Zöglingen zahlreiche Imbezille, Epileptiker, Psy
en und Degenerierte in den verschiedensten Abstufungen. Eine za
ge Festlegung des Verhältnisses zwischen denen, die als sicher kran
ichnen wären, und denen, die sich in der Breite des Normalen ha
Vortragender für bedenklich, da bei diesem Material, das ja vor
chenstufen bietet, Grenzen äußerst schwer zu ziehen sind. Zwei
ist es, daß auch in diesem Gros die Psychopathen einen erhebli
entsatz stellen, der Berücksichtigung erfordert. Es werden diese
verschiedenen Abarten und Graden ausführlicher besprochen. Beso
tig sind die affektiven Schwankungen und die impulsiven Handlungen
us resultieren. Ein gewisser Teil von Vergehen und anderweitigen H
en sind das Resultat der psychischen Konstitution und können nur
isch beurteilt werden. Besonders aufmerksam macht Vortragende
zahlreichen Beobachtungen von Erscheinungen, die in das Gebiet
erie fallen, und deren Auftreten sich aus dem Zusammenwirken von A

Digitized by Google

gegebenen Falles die Unterbringung in Epileptikeranstalten. Es
denen, die sich psychiatrisch mit der Frage der Fürsorgeerziehung
haben, Vorschläge gemacht worden, die gewiß jeder Psychiater
ebenswerte Ziele gutheißen wird, deren Realisierbarkeit in näherer
von ihren Urhebern selbst bezweifelt werden mußte. Vortragender
t nicht, daß vom psychiatrischen Standpunkte aus, der auch scho
da anderwärts geteilt wird, tiefgehende Änderungen erwünscht w
ndgerichte, frühzeitiges Hinzuziehen des Psychiaters, Änderung des
ngsmodus und des Anstaltszwanges, überhaupt früheres Eingreifen
orge). Hier kommt es ihm jedoch darauf an, aus der Praxis heraus
nigen Wege hinzuweisen, auf denen man unter den bestehenden geset
durch die Judikatur für absehbare Zeit festgelegten Verhältnissen
irklichung idealer Forderungen näher kommen kann. Einzelnes ist be
n das Entgegenkommen der Behörden an der Lichtenberger Ansta
iff genommen worden, bedarf aber noch der weiteren Ausgestaltung
Erforderlich ist:

Sofortige psychiatrische Expertise eines jeden Zögl
r Zugrundelegung des gesamten Aktenmaterials, Mitwirk
Kontrolle des Arztes bei der weiteren Fürsorgeerzieh
r Berücksichtigung des Umstandes, daß es sich nicht
einen pädagogischen Begriff dabei handelt, sondern auch
Fürsorge im weiteren Sinne.

Erwecken von Einsicht in die Ergebnisse der psyc
chen Forschung und zweckentsprechende Belehrung der
gten Faktoren (Vortragender hält an der Lichtenberger Anstalt
e Vorträge vor dem Erziehungspersonal).

Schaffung einer Möglichkeit, eventuell durch Ausbau
arrettabteilung, minderwertige Individuen zu beobach
weise zu behandeln und über kritische Zeiten durch Anw
dung lediglich medizinischer Gesichtspunkte hinweg
gen (Besondere Abteilung!).

Sammlung von Erfahrungen über das Verhalten der Zöglinge in
hiedenen Phasen der Fürsorgeerziehung selbst und katamnestisc
aben. Allerdings haben die diesbezüglichen Bemühungen gezeigt,
odische Erhebungen über das spätere Verhalten schwer erhältlich
muß diese schon von *Mönkemöller* aufgestellte Forderung immer wie
werden. Durchführbar erscheint sie schon jetzt dem Vortr. in den F
dingt, wo frühere Fürsorgezöglinge bestraft werden oder in Anst
gen.

Digitized by Google

l wirksam auch vom psychiatrischen Standpunkte aus erweisen 1. d
wachung derartiger Persönlichkeiten während der Entwicklungspe
Aussonderung der Pathologischen im engeren Sinne durch Überwe
lie betreffenden Anstalten, 2. durch Gewinnung von Material zu
teilung und Bewertung auch für ihr späteres Leben ev. zur spä
vertung für den Richter, 3. für den Psychiater als ein Feld prakti
tigung (Prophylaxe) und 4. durch Gewinnung von Anhaltspunkten
leichsobjekten für die Maßnahmen zur Behandlung zurechnungsfä
erwertiger.

Diskussion: Herr *Bratz*-Wuhlgarten: Unter den Zöglingen der Lic
er Zwangserziehungsanstalt, welche sich dort als nerven- bzw. ge
k und psychiatrischer Behandlung bedürftig erwiesen, wurden im l
letzten Jahre über 50 der Anstalt Wuhlgarten zugeführt wegen de
Leidens und mit Rücksicht darauf, daß die Epileptikeranstalt mit
eichen offenen Landhäusern, ihren reichhaltigen Beschäftigungsgel
n, ihrem Krankenmaterial für diese Fürsorgezöglinge in mancher
geeigneter erschien als der Aufenthalt in der Irrenanstalt.

Bei 40 dieser Zöglinge konnte durch längere Dauer der Anstaltsb
ung, durch Erhebung der Anamnese von den Angehörigen usw. die klin
achtung weiter verfolgt werden. Die Kranken stellten sich danach
al als echte Epileptiker mit Anfällen auch in der Anstalt, als Hysteri
mbezille mit Wutanfällen. Über die Hälfte aber des Krankenmat
rte zu einer klinischen Gruppe, auf welche ich mir erlauben mö
Aufmerksamkeit zu lenken: Die betreffenden Knaben hatten wohl i
lzeit oder Pubertät vereinzelte Anfälle von epileptischem Charakter ge
n aber in der Anstalt bei jahrelanger Beobachtung keine Anfälle.

Erbliche Belastung war bei allen vorhanden, zum Teil recht sch
ich intra vitam auch in „Zahnkrämpfen" zeigte. Ohne weitere Ätio
etwa Infektionskrankheiten, Trauma, Schreck traten in der Sch
bald nach derselben vereinzelte Anfälle auf, meist als Schwindela
ichnet, mit Bewußtlosigkeit, Fall, gelegentlich mit leichten Verletzu
niemals mit Enuresis, kaum jemals mit Zungenbiß. Mehrfach t
daß Anfälle voraufgehend beobachtet wären, Sinnestäuschungen
den- bis tagelang, akustischer und optischer Natur. Häufig waren
le, in denen die Kranken nach psychischen Erregungen mit dem
n die Wand rannten oder Gegenstände zertrümmerten.

Zum Teil gingen diese Wutanfälle mit Sinnestäuschungen und Am
er, so daß man hier wie bei den oben erwähnten halluzinatoris
oden an epileptische Äquivalente zu denken genötigt war. Ferner t
timmungen auf, die sich bis zu Beeinträchtigungsvorstellungen steige
Selbstmordversuche. Bei allen Kranken dieser Gruppe bestand n
er Defekt und gemütliche Übererregbarkeit. Vielleicht dieser Gr

n drei Jahren Anfälle epileptischen Charakters darboten, auch nach
arrkrampf, Bewußtlosigkeit, Zungenbiß. Diese Anfälle hörten ab
ähnlich völlig auf, und es trat entsprechende Besserung der vorher s
gbaren Psyche ein.

Es wird seitens des Arztes der Zwangserziehungsanstalt Licht
. *Seelig*, zugleich Arzt in Herzberge, beabsichtigt, in Gemeinschaft
s Schicksal sämtlicher psychisch erkrankter Fürsorgezöglinge, sow
ch Herzberge wie der nach Wuhlgarten überwiesenen Burschen,
nrlicher Darstellung zu veröffentlichen.

Zur Gestaltung der Fürsorgeerziehung überhaupt möchte ich mi
auben auf zwei Punkte hinzuweisen;

1. Von großer Wichtigkeit erscheint die Erhebung einer obj
amnese bei den Angehörigen oder bei der sonstigen Umgebung
amnese müßte durch den psychiatrisch vorgebildeten Arzt erhoben
r die Zöglinge dauernd beaufsichtigt und kennt. Die ärztlicherse
r Überweisung in die Fürsorgeerziehung ausgestellten Frageboge
heinen mir wie *Tippel* völlig ungenügend.

2. Um ein Urteil über die Wirkung der Fürsorgeerziehung zu ge
heint es notwendig, das Schicksal derjenigen weiter zu verfolgen,
ch Ablauf des 21. Lebensjahres aus der Fürsorgeerziehung entlasse
ne entsprechende Ministerialverfügung, welche die Erziehungsanstal
ese Aufgaben hinweist, ist bisher ohne praktische Wirkung geblieben.
ermittlung der Waisenräte und unter Mitwirkung des Psychiaters,
s einlaufende Material sichtet und, wo nötig, weitere Ermittlungen
ßt, muß es möglich sein, auch bei diesem, mit Psychopathen so
tzten Menschenmaterial zu einer Katamnese zu gelangen, deren Be
r neuerdings für die psychisch und nervös Erkrankten immer mehr s
lernt haben. —

Herr *Hopf*-Potsdam meint darauf hin, daß der berechtigten Fo
r Psychiater nach mehr Einfluß auf die Unterbringung der Fü
leglinge erhebliche Schwierigkeiten im Wege ständen. Erstens er
r Umstand, daß die meisten Pfleglinge teils in Familien, teils in k
nstalten auf dem Lande untergebracht seien, die Überwachung und
htung. Zweitens aber gehe den Leitern der Anstalten zumeist die
rkenntnis, wie wichtig gerade bei Fürsorgepfleglingen die Anwendu
iatrischer Grundsätze sei, ab. Daß dies so ist, gehe teils aus de
ngen der Leiter, teils aus ihren Handlungen hervor. So seien zu
es Vortragenden eine Reihe von Pfleglingen gekommen, die noch k
rer als nötig erachteten Überführung in die Idiotenanstalt sichtlich
ezüchtigt worden waren. Weiter sei der Fall bemerkenswert, daß i
eologisch geleiteten Magdalenenstift, wenige Kilometer von Berli
or drei Jahren an jugendlichen, leicht schwachsinnigen Prostituier
ersuch gemacht wurde, durch stundenlanges gemeinsames Beten de

chtsanfällen. In den Anstalten beruhigten sich die Mädchen bald, t
iden wurde als Kunstprodukt erkannt. Solche Vorkommnisse las
rderung als berechtigt erscheinen, daß der Staat verpflichtet sei, e
lstelle einzurichten, an der die Leiter von Fürsorgeanstalten von p
scher Seite, etwa in Kursen, auf die Wichtigkeit einer genauen Be
g des Geisteszustandes und rechtzeitigen Inanspruchs ärztlicher H
viesen würden, und wo sie sich ein gewisses psychiatrisches „Etw
en könnten.

Herr *C. Neisser*-Bunzlau äußert seine Befriedigung darüber, daß
Hauptforderungen, welche er von Anfang an aufgestellt habe, t
its Unterstützung finden: Ärztlich brauchbare Anamnese
Fürsorgezöglinge und möglichst umfassende Nachforschu
nd statistische Feststellungen über das spätere Ergeh
hemaligen Zöglinge! Allmählich werde dann die Anerkennung
ndigkeit psychiatrischer Mitwirkung bei der Beurteilung und Behandl
ürsorgezöglinge mehr und mehr Wurzel fassen. Vorläufig sei man n
m Stadium, vorbereitendes Material zu sammeln, aber daß die E
ng der Dinge diesen Weg nehmen werde, sei wohl nicht zu bezweif
chwieriger aber ist die Frage zu beantworten, was der Psychiater, w
Mitwirkung zugestanden ist, in Wirklichkeit denjenigen Elementen
en der Fürsorgeanstalt leisten kann und soll, welche als psychopathis
nt sind, vorausgesetzt, daß dieselben nicht so krank sind, daß
en ärztlich geleiteten Heilanstalten zu überweisen sind.

Es würde sehr dankenswert sein, wenn der Herr Vortragende hierü
Erfahrungen eingehend mitteilen möchte.

Herr *Moeli* hält es für wichtig, ob die Zöglinge mit pathologisch
nschaften in den Anstalten die für sie erforderlichen besonde
sbedingungen, z. B. Art und Maß der Arbeit, Verzicht auf besond
e Disziplin, Berücksichtigung des Affektlebens im Umgange usw. fin
urücktreten auffälligerer Abweichungen bei Versetzung in eine and
Kilometer entfernte Anstalt kann doch nur der andersartigen E
ng der Umgebung beigemessen werden. — Können diese krankha
dualitäten zeitweilig in den Anstalten abgesondert und soweit beri
gt werden, daß auch ohne Überführung in andere Anstalten Scha
törungen vermieden und doch der Zweck der Fürsorgeerziehung erre
? Ist es praktisch, das anzustreben, ev. den Betrieb einer „leichter
ung, wenn erforderlich für mehrere Anstalten gemeinsam, in Erwäg
hen?[1])

[1]) Ohne daß solche Personen allgemein oder der Regel nach
rdienst auszuschließen wären, könnte doch eine Kenntnis derart
elloser Besonderheiten, soweit sie sich nicht weiterhin verlieren, für
tzkommission recht nützlich sein.

Digitized by Google

ortrag geknüpft worden sind, einzugehen, so läßt sich auf die *Neu*
rage antworten, daß es vorderhand ja bei den Zöglingen, die in
ehungsanstalt verbleiben, noch Aufgabe der pädagogischen Leiter
rt der Unterbringung zu regeln. Wie aus dem erwähnten hervorgeht
e dafür verschiedene Wege. Sie können die Zöglinge in Familien
ellen und auf das Land entlassen. Dann aber gibt es auch sc
ahmen der Anstaltserziehung durch die Art der Arbeit usw. Modalitä
ne gewisse Dosierung. Gerade, daß hierbei allgemeine Berücksic
sychischer Mängel und Schwächen gefordert werden muß, daß die A
uch für Beschäftigung im Freien, mit gradweiser Abstufung des Vers
nd der Freiheitsbeschränkung, sorgen sollen, hat dem Vortragenden d
eich *Moelis* mit den für die strafrechtliche Behandlung zurechnu
inderwertiger gemachten Vorschlägen so zutreffend erscheinen lassen
t aber nicht nur das geforderte frühzeitige Eingreifen der Psychiater nö
ne Aussonderung und um Gewinnung von Grundlagen zu erreichen,
uch dauernde Fühlung mit den Zöglingen. Daß dieses zum Teil in
erg geschieht, verhütete wohl am ehesten beim Vortragenden, daß er
aurige Erfahrungen wie Herr *Hopf* machen mußte. Auch die Mitte
es Herrn *Bratz*, dem Vortragender dafür dankt, beweisen um so m
otwendigkeit der im Vortrage hervorgehobenen Einrichtungen und be
nige dort ausgeführte Wünsche. —

Was für die praktische Tätigkeit sich ergeben hat, ist unter
ben auch das, daß man sich den folgenschweren Schritt, ein juge
ndividuum wegen vorübergehender Verschlimmerung in eine Irrenan
berweisen, doppelt überlegen muß. Darum hält es Vortragender —
ch unter Berücksichtigung der zurzeit bestehenden Verhältnisse — n
den Fällen von genuiner Epilepsie, sondern auch bei den auf dere
wachsenen Störungen für am zweckmäßigsten, die befallenen Zögl
nstalten nach Art und Einrichtung der Epileptikeranstalten zu bring

Herr *Klipstein*-Dalldorf: Über die hebephrenischen Form
ementia praecox *Kraepelins*.

Unter dem Namen der Dementia praecox hat *Kraepelin* eine Re
eistigen Erkrankungen zusammengefaßt, die neben unwesentlicheren,
ehenden und immer nur in einem Teil der Fälle vorhandenen Sym
ichtigere, in allen Fällen nachweisbare und bleibende Störungen au
e als Zeichen erworbener geistiger Schwäche aufzufassen sind. Ge
erödung, Interesselosigkeit, Mangel an geistiger Regsamkeit, Urte
illensschwäche bei Erhaltensein des Gedächtnisses und bei Fehlen
örperlicher Reiz- und Ausfallsymptome — das sind die Grundstörun
s immer wieder entgegentreten, so oft wir es mit einem Fall
ruppe der Dementia praecox zu tun haben.

Digitized by Google

u gewinnen, hat *Kraepelin* drei Formen unterschieden:

1. die hebephrenischen Formen.
2. die katatonischen Formen,
3. die paranoiden Formen.

nter Hebephrenie versteht *Kraepelin* diejenigen Formen der Demen
, bei denen sich allmählich oder unter den Erscheinungen einer su
seltener akuten, Geistesstörung ein einfacher, mehr oder wenig
adiger geistiger Schwächezustand herausbildet.
ei der Katatonie handelt es sich um das Auftreten eigentümlich
n Schwachsinn ausgehender Zustände von Stupor oder Erregung r
scheinungen des Negativismus, der Impulsität und Verschrobenheit, d
ypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen.
ie paranoiden Formen endlich sind dadurch gekennzeichnet, daß neb
rscheinungen einer rasch sich entwickelnden psychischen Schwäc
ollkommener Erhaltung der Besonnenheit Wahnvorstellungen und me
innestäuschungen viele Jahre hindurch die hervorstechendste Störu

ergleicht man diese *Kraepelin*schen Begriffsbestimmungen miteinand
bt sich, daß die Hebephrenie am unbestimmtesten charakterisiert i
e Entwicklung einer geistigen Schwäche ist als besonderes Merkm
ben. Bei der Katatonie müssen die eigenartigen katatonischen Z
des Stupors oder der Erregung, bei den paranoiden Formen Wal
die unter vollständiger Erhaltung der Besonnenheit viele Jahre hindu
dergrund des Krankheitsbildes stehen, zum Schwachsinn hinzukomm
ieraus ergibt sich, daß die Erkennung der katatonischen und pa
Formen leichter ist, als die Diagnose der Hebephrenie. Diese ka
ach der angeführten Definition nur auf die im Anfang nicht imm
deutig hervortretenden Symptome des Schwachsinns gründen, währe
katatonischen und paranoiden Formen ein Zuwachs von sehr a
und unverkennbaren Merkmalen die richtige Rubrizierung des einzel
viel sicherer und leichter macht.
llerdings heißt es in der Definition der Hebephrenie, daß sich
chsinn auch unter den Erscheinungen einer subakuten oder aku
störung entwickeln kann, über die Beschaffenheit der akuten Sym
komplexe aber wird gar nichts Näheres angegeben, vermutlich desh
weil nichts besonders Kennzeichnendes, was sich in kurzen Wor
cken ließe, vorhanden ist.
Wie aus diesen Darlegungen hervorgeht, ist das Gebiet der Hebephre
ich nur dadurch in seinem Umfang zu bestimmen, daß man von
Masse der nach der oben angegebenen Begriffsbestimmung zu
tia praecox-Gruppe gehörigen Fälle die katatonischen und die paranoi
n ausscheidet — was dann übrig bleibt, gehört zur Hebephrenie.

n der man natürlich auszugehen hat, zu ergänzen durch Zusätze, in
Ausschließung der katatonischen und paranoiden Formen zum Au
nmt. Unter Hebephrenie sollen also diejenigen Formen der De
ecox verstanden werden, bei denen sich allmählich oder unter de
n einer subakuten, seltener akuten Geistesstörung. aber mit Ausschlu
prägter und lange bestehender katatonischer Zustandsbilder, ein ge
nwächezustand entwickelt, der nicht derart mit Wahnideen verbund
3 diese viele Jahre hindurch bei voller Erhaltung der Besonnenh
rdergrunde des Krankheitsbildes stehen. Durch diese Fassung i
fang des Krankheitsgebiets der Hebephrenie umgrenzt.

Über die besondere Beschaffenheit der Krankheitsbilder selbst, üb
sitiven Merkmale, die der Hebephremie eigentümlich sind im Unters
n den anderen Formen der Dementia praecox, wird in dieser Def
hts gesagt. Deshalb müssen wir eine Anzahl der häufigeren Gestalt
denen uns die Krankheit zu Gesicht kommt, näher betrachten un
hen, klar darüber zu werden, ob die in das oben umgrenzte Gebi
bephrenie fallenden Krankheitsfälle wirklich so viel Übereinstimmende
ander haben, daß ihre Vereinigung zu einer Gruppe mehr als ein
Serliche Zusammenfassung ist.

Die Erörterung der genaueren Beziehungen, in denen die Hebep
den beiden anderen Formen der Dementia praecox steht, also die
hung der Frage, ob sich die Vereinigung der drei Formen unter
heren Begriff rechtfertigen läßt, wird uns weiterhin beschäftigen.

Drittens wird dann das Verhältnis zu einer Anzahl äußerlich ähn
nptomenbilder, die aber innerlich nicht näher mit unseren Fällen ver
d, in den Kreis unserer Betrachtungen zu ziehen sein, wir
erentialdiagnostische Erwägungen anstellen müssen. — Mit einem
Frage nach dem Zusammenhang der Krankeitsbilder unterein
d uns in erster Linie interessieren. Auf diesen Punkt werden
rlauf unserer Darlegungen immer wieder zurückkommen müssen.

Die äußere Anordnung des Stoffs soll die sein, daß wir erst die S
natologie besprechen wollen, dann den Verlauf, den Ausgang un
die Differentialdiagnose.

A. Symptomatologie.

Wir beginnen mit der Schilderung der Symptome. Die einfachste
der die Hebephrenie auftreten könnte, wäre die, daß sich unmerkli
hend und stetig fortschreitend eine geistige Schwäche entwickelte.
akute Störungen irgendwelcher Art oder Wahnbildungen und S
schungen das Bild komplizierten. Unter den von mir beobachteten
keiner, der dies theoretisch konstruierte Krankheitsbild dargeboten

ere akute Störungen auf, stets konnten, wenigstens vereinzelt, Sin
ungen und Wahnideen festgestellt werden.
Meine Beobachtungen sind nur an weiblichen Kranken gemacht.
über 100 Fälle, die ich untersucht habe. Das Alter betrug bei
ahl zur Zeit des Beginns der Krankheit 15—25 Jahre. Viele aber stan
im 4., 5., 6. Jahrzehnt, als die ersten Zeichen des Leidens auftra
Ich bespreche zuerst die chronischen, dann die subakuten und ak
en.
Unter den Fällen vorwiegend chronischen Gepräges, die wir zunä
uge fassen wollen, gibt es sowohl apathische, schwerfällige,
ktere lebhaftere Kranke.
Bei ersteren ist die gemütliche Stumpfheit, die Gleichgültigkeit
hmlosigkeit den Personen und Vorgängen der Umgebung gegenüber
erein sehr ausgesprochen. Daneben aber machen sich zeitweise d
wenn auch leichtere Verstimmungen bemerkbar. Die Kranken wer
eßlich, ärgerlich, sorgenvoll, klagen über Kopfweh, Schmerzen in
, glauben sich zurückgesetzt, sie weinen mal, dann wieder schimp
Zu anderen Zeiten sind sie leicht gehoben, vergnügt, erotisch.
Die Klarheit des Bewußtseins, die Ordnung der Gedanken ist daue
en. Die Kranken verfügen meist über ein gutes Gedächtnis. Ne
irklichen Erlebnissen aber finden einzelne Erzeugnisse einer bei die
rfälligen Kranken nicht gerade sehr üppig wuchernden Phantasie
Erinnerung ihren Platz. So erzählte ein Dienstmädchen beim Anb
ildes der kaiserlichen Familie, sie habe früher mit einer Freundin ö
loabiter Tanzlokal aufgesucht, dahin seien auch der Kronprinz
Eitel-Fritz mitunter gekommen.
Während der Perioden der Verstimmung, aber auch in freieren Ze
Halluzinationen auf, die alle fünf Sinnesgebiete betreffen können.
sten sind wohl Gehörstäuschungen, Gedankenlautwerden stellt sich
sinationen des Tastsinnes sind sehr gewöhnlich, seltener Visionen.
chtigungs- und Überschätzungsvorstellungen fehlen nie, Beziehungs-
chtungsideen sind häufig, Gleichgültiges wird bedeutungsvoll. Sym
nde Auslegungen, bei denen oft zwischen Symbol und Begriff gar k
Beziehung zutage tritt, kommen vor. Eine Kranke, die sich viel
sgedanken trug, sagte auf Teile einer Stickerei weisend: „Das ist
“, „das ist ein Kind“, „das ist ein Kranz“, aber es bestand nicht
nteste Ähnlichkeit zwischen den Stickereifiguren und dem, was sie
sollten.
Die Wahnideen und Sinnestäuschungen treten in einem Teil der F
ginn mehr hervor, meist aber von vornherein ganz in den Hintergr
sind sie von Anfang an wenig gefühlsbetont, sie werden in der R
von selbst geäußert, sondern erst auf eindringliches Befragen nach
in gleichgültiger Art kundgegeben, aber nicht etwa planmäßig

ter aber hängen sie einigermaßen zusammen. Anfänge der Systemati
den sich, aber die logische Verknüpfung der Wahnideen untereinan
ch immer eine lockere, der Kausalzusammenhang wird nur sehr mar
rgestellt. Die halluzinatorischen Wahrnehmungen werden in der Re
was Selbstverständliches einfach hingenommen, über ihre Entstehur
cht nachgedacht. Manche Kranke sind im Beginn des Leidens noch
istig rege, daß sie sich beispielsweise die Stimmen durch einen ver
gebrachten Fernsprecher, Hautsensationen durch Wirkung von Elek
n Röntgenstrahlen erklären. Aber gegen Einwände pflegen diese K
re Ideen kaum zu verteidigen, ohne weiteres räumen sie ein, es
ch anders sein. Es kommt nicht zum Ausbau eines festen, kompl
stems fixer Wahnideen, die jahrelang mit Nachdruck vertreten würde
nfluß der Wahnvorstellungen auf das Handeln ist von vornherein
e Kranken sind viel zu träge, um ernstlich ihre Ansprüche gelt
achen oder mit Entschiedenheit gegen vermeintliche Feindseligkeit
treten. Sie sitzen oder gehen müßig herum, sprechen und ve
enig mit den anderen Kranken, jedes allgemeinere Interesse verlie
sch. Allerhand Schrullen bilden sich mit der Zeit heraus. Sie spie
rnehme Dame, drücken sich sehr gewählt, schief, verschroben aus,
ue Worte, verleihen Ärzten und Pflegerinnen höhere Titel.

Das Gegenstück zu den schweigsamen, in Bewegungen und Entsc
ngsamen Kranken bilden geschwätzige, lebhaft bewegliche Individue

Bei ihnen pflegen die Erinnerungsfälschungen zahlreicher zu sein.
een werden leichter produziert, sind aber desto flüchtiger, hänge
ler nur ganz lose unter sich zusammen. Symbolisierungen sind h
e Kranken nehmen etwas mehr teil an dem Tun und Treiben der Um
e sind aber so oberflächlich in ihrem Fühlen, so unstet und kraf
andeln, so zerfahren in der Rede und dürftig in ihren Motivierung
e an Gefühlsverödung, Denkträgheit und Energieschwäche ihren
lligeren Genossen nichts nachgeben. Von den Angehörigen erfährt r
ß die Kranken der einen Richtung immer phlegmatisch und wortka
r andern von jeher redselig und lebhaft gewesen seien. Danach h
hier mehr mit einer Verschiedenheit der ursprünglichen Temperament
tun, als mit einander entgegengesetzten Krankheitsformen. Mit de
hreiten des Verblödungsprozesses werden die angeborenen Eigenscha
dividuums natürlich gegen die Zeichen der Krankheit mehr zurüc

Damit wären die Symptome der schleichend verlaufenden Forn
ebephrenie kurz geschildert. Für sich allein, d. h. ohne Rücksicht a
usammenhang mit andern Symptomenkomplexen betrachtet, könn
älle, bei denen die Sinnestäuschungen und Wahnideen von vornherei
h zurücktreten, als Dementia simplex, die andern, bei denen die
een wenigstens im Anfang eine gewisse Rolle spielen, als Paranoia c
it Schwachsinn bezeichnet werden.

Digitized by Google

Die subakuten und akuten Zustandsbilder der Hebephrenie las
nach der wechselnden Zahl und Intensität der Krankheitserso
n in

1. einfachere, leichtere und
2. zusammengesetztere, schwerere

en trennen.

Die zusammengesetzteren Formen unterscheiden sich namentlich dadu
en einfacheren, daß bei ihnen Sinnestäuschungen und Wahnideen
ng, oft während der ganzen akuten Phase, im Vordergrunde des Bi
, und daß auch die übrigen Symptome, die Stimmungsveränderun
ie Anomalien der Willenstätigkeit größere Stärke und längeré Daue
en pflegen.

Bei den einfacheren Formen treten die Sinnestäuschungen und Wa
auch in den akuten Phasen viel mehr zurück, fehlen in vielen Fä
ganz, die übrigen Symptome erreichen keinen so hohen Grad.
die einfacheren Formen ein in

1. Erregungszustände
2. Depressionszustände.

Die hebephrenische oder läppische Erregung gehört seit *Heckers*
licher Schilderung zu den wenigstens in seinen hervorstechend
allgemein bekannten Krankheitsbildern, ja der Begriff, der mit
n Hebephrenie verbunden wird, schränkt sich noch heute bei manc
Ärzten auf den von *Hecker* beschriebenen Symptomenkomplex ein,
man die Entstehung dieses Krankheitsbildes immer noch in en
hungen zu der Pubertätsentwicklung bringt, glaubt man durch die Alt
e den Umfang des Hebephreniegebiets weiter einengen zu müssen.
ier noch andere Zustandsbilder als das der läppischen Erregung in
hreniebegriff mit einbeziehen, daß wir den Begriff auch an keine Alt
e gebunden wissen wollen, mit anderen Worten, daß wir uns ein
en Standpunkt *Kraepelins* stellen und uns mit ihm um die urspri
Bedeutung, in der *Hecker* die Bezeichnung gebrauchte, wenig kümm
glaube ich, aus unseren ganzen bisherigen Darlegungen deutlich her
ame Hebephrenie bedeutet uns weiter nichts als das Wort, das Zeic
n bestimmtes Krankheitsgebiet, das wir oben umgrenzt haben.

I. Die hebephrenische Erregung äußert sich in erhöhtem Sel
ßtsein, in einer Steigerung der Lustgefühle und in Labilität der Stimm
Kranken werden übermütig, lachen den ganzen Tag bei geringfügi
sen oder ohne jeden äußeren Grund. Das Lachen ist bald laut, pl
usbrechend, bald halb unterdrückt, kichernd. Sie sind schalkhaft, nec
ersonen ihrer Umgebung gern, neigen dazu, ihnen einen Schaber
ielen, oder sie verhöhnen und ironisieren jedermann, dann wieder
en sie verschämt, verlegen, zärtlich, schmeichlerisch, erotisch. G
mittelt kann die Heiterkeit in Betrübnis umschlagen, die sich in lau
n mit überreichlichem Tränenfluß zu erkennen gibt. Die Äußerun

chtlicher Anstrengung unterdrückt werden. Bezeichnend ist die Dü
r Motivierung. Eine Kranke, die plötzlich anfing, schmerzlich zu
widerte auf die Frage nach dem Grunde, ihre Großmutter sei ge
it dem Tode der Großmutter waren aber schon zehn Jahre verstriche
ederen sinnlichen Gefühle der Lust und Unlust werden übermächti
eschlechtsgefühl tritt mitunter in solcher Stärke auf, daß alle
ychischen Vorgänge in den Hintergrund gedrängt werden, daß jede
de Bewegung sein unmittelbarer Ausdruck ist. Auch das vermehrte
fühl wird rücksichtslos befriedigt, einfach dadurch, daß die Kran
Waren, wo sie sie finden, fortnehmen und sogleich verzehren.

Dagegen sind die nützlicheren und höheren Gefühle schon bei m
raden der Erregung stark geschwächt. Die Ekelgefühle, das Scham
fühl, das Mitleid, die Liebe zu den Angehörigen, die religiösen, die
chen Gefühle erscheinen in viel höherem Maße geschädigt, als
anischen Erregung.

Die Kranken sind sehr nachlässig in der Haltung, bewegen si
rzt gegenüber so ungeniert wie zu Hause, kratzen sich den Kopf,
ch auf dem Stuhl herum. Sie sind unsauber, putzen sich zwar gern
er in geschmackloser Weise.

II. Die äußeren Willenshandlungen sind entsprechend
eigerten Intensität vieler Gefühle vermehrt. Die Kranken sind unru
d Nacht, sie schlafen wenig. Sie plaudern viel in kindischer Tonart,
er sind auffallend schweigsam. Bemerkenswert ist das häufige sta
mmenziehen bald der, bald jener Gesichtsmuskeln, besonders beim Sp
uch die übrige Körpermuskulatur befindet sich in immerwährender
e Kranken rutschen auf dem Stuhl hin und her, wiegen sich, dreh
ugen den Rumpf, heben eine Schulter, wenden den Kopf, steh
ehen sich um sich selbst, setzen sich wieder. Diese allgemeine Vern
r in ihrer Ausdehnung häufig übertriebenen Bewegungen, die meist n
usdrucksformen von Gefühlen und Vorstellungen erscheinen, sonder
s einfache gymnastische Bewegungen, dürfte durch abnorme Sensatio
ittelbar verursacht sein. Mitunter erinnern die Bewegungen aber
nruhe, die sich in der Haltung junger Mädchen zu erkennen gibt,
ne gewisse Verlegenheit geraten sind. Auch das verschämte Läch
enen die Kranken in solchen Fällen ihre Bewegungen zu begleiten
eist auf den Ursprung aus Gefühlen der angedeuteten Richtung hin

Die komplizierteren Handlungen entbehren nicht nur der
d Ausdauer in höherem Maße als bei der Manie, sondern sind nar
el unnatürlicher, zweckloser, einförmiger und unselbständiger. Die P
ielen mit Papierfetzen, ziehen ihre Kleider verkehrt an, binden sich
nter die Röcke, werfen plötzlich das Geschirr vom Tisch herunter, ver
ch, schlagen harmlose Kranke. Ersucht man sie, ihr Tun zu erklä
rechtfertigen, so antworten sie immer ganz unzureichend. Sie

oder geben ein ganz albernes Motiv an. Eine Kranke hatte eine eingeschlagen; auf die Frage, warum sie das getan habe, antwortete l die Scheibe schon 100 Jahre alt war". Sie wiederholen dieselbe häufig, namentlich mit verbissener Hartnäckigkeit, wenn man sie hindern sucht. Sie widerstreben oft allem, was man sie heißt, oder mit ihnen vornehmen will. Ein anderes Mal zeigen sie äußeren gen gegenüber eine erhöhte Willfährigkeit. Was sie die anderen tun achen sie auch, sie ahmen sklavisch nach, führen mit verblüffender igkeit und Schnelligkeit jeden Befehl aus. In beiden Fällen ist die ndigkeit, die Unfreiheit, die Schwäche des Willens deutlich. Teilt *Wundt* die äußeren Handlungen ein in reflektorische, automatische gen, in Trieb- und Willkürhandlungen, so tritt bei unseren Kranken re Stufe der Willensvorgänge, die der Willkürhandlungen, zurück e niedere der einfachen Willensprozesse, der Triebhandlungen. Die chen Bewegungen treten hier noch nicht so sehr hervor, wie bei tonischen Formen.

meisten der krankhaften Handlungen unserer Kranken charakte- sich als Triebhandlungen, d. h. sind nur durch ein Motiv, das sich m Gefühl und der begleitenden Vorstellung zusammensetzt, veran- findet kein Kampf der Motive statt. Die als Triebfedern wirksamen wie Hunger, Liebe, sind dieselben, von denen wir sahen, daß sie in ensität erhöht sind.

Das Bewußtsein ist meist klar, die Aufmerksamkeit ist viel passiver als bei den Manischen, pflegt durch den jeweils stärksten Sinnesreiz ch gefühlsstarke assoziativ auftauchende Vorstellungen zwangsmäßig zu werden. Das Erwachen alter Erinnerungen geht zwar infolge ter Assoziationen geläufig von statten, aber die Zahl der reprodu- orstellungen ist doch sehr beschränkt, dieselben Erzählungen kehren eder, oft drängt sich immer von neuem eine bestimmte Vorstellung auf. Die Vorstellungsfolge ist eine regellose und besonders durch ankensprünge, durch zahlreiche Wiederholungen, häufige Rückkehr gangspunkt gekennzeichnet.

Inhalt und Fortgang der Reden wird etwa bestimmt durch ein Wort, durch eine mit derselben assoziativ verbundene passiv auf- e Vorstellung, durch stehende zum Überdruß wiederholte Redensarten e dem Individuum geläufigsten sprachlichen Wendungen, durch Vor- n, die mit den vorherrschenden Gefühlen verknüpft sind. Dem Ge- ng fehlt die leitende Idee, das bewußte Ziel viel mehr als bei der Die Kranken sind mehr ein Spiel der Vorstellungen, sprechen aus n gerade einfällt, unbekümmert darum, ob es in die gegenwärtige paßt, ob es dem Zuhörer überhaupt verständlich sein kann. Sie z unfähig, sich in der Unterhaltung dem Partner rasch anzupassen rwickelteren Gedankengang zu folgen. Sie ignorieren zunächst völlig

Digitized by Google

beschäftigenden Ideenkreis in engster Verbindung steht, nach Tagen sie auf einmal unvermittelt zum Staunen des Hörers auf die erst u gelassene Äußerung zurück.

Die Kranken witzeln gern, haben eine Vorliebe für inhaltlee spielereien, bekritteln alles, widersprechen, verneinen fortwähren immerzu ausweichende Antworten. Dabei tritt eine große Einförmigke das geübte Verfahren ist immer das gleiche, wird nicht der geändert age entsprechend modifiziert. Wirkliche Schlagfertigkeit, geistige ichkeit, Scharfsinn fehlt.

Die Kranken können sich also nur ungenügend konzentrie verstehen es nicht, durch aktive Aufmerksamkeit zu einem bewußte schwächere Vorstelluugen zu verstärken, starke aber unwichtige drücken.

Die leichteren und einfacheren hebephrenischen Depressionsz sind namentlich im Beginn des Leidens häufig.

I. Die Kranken fangen an, sich unbehaglich zu fühlen, kön über nichts mehr freuen, verlieren die Teilnahme für ihre Angehöri Interesse an ihrer Arbeit; das Gefühl der Langeweile, des Lebensüb überwältigt sie, Selbstmordgedanken drängen sich auf. Gegen ihre U zeigen sie ein mürrisches, gereiztes Wesen, weisen alle Versuche, aufzumuntern, mit groben Worten, mit der Drohung, schlagen zu w Andere Kranke sind sehr zaghaft, sehr schüchtern uud befangen. Im Verlauf treten die Affektstimmungen zurück, die Kranken werden ga gültig, haben keine Wünsche für die Gegenwart, keine Hoffnungen u für die Zukunft. Eine wichtige Veränderung ihrer Lage, wie die Ve in die Anstalt, berührt sie nur soweit, als sie dadurch an der g Weiterführung des Lebens gehindert werden. Haben sie sich an Umgebung erst gewöhnt, so sehnen sie sich nicht nach Hause zurt Besuch der Angehörigen löst keine tieferen Gemütsbewegungen bei i kaum, daß sie jene beachten. Nur durch Dinge, die ihr unmittelbare liches Wohl und Wehe berühren, z. B. durch Angelegenheiten, die d betreffen, durch einen körperlichen Schmerz, können sie auf kurze ihrer Stumpfheit aufgerüttelt werden. Sie bitten dann spontan Extradiät, um ein Heilmittel.

II. Die Willensantriebe sind, selbst auf dem Gebiet des all gewohnheitsmäßigen Tuns, stark vermindert. Die Kranken hören arbeiten, sitzen in den Ecken herum. Sie stehen früh nicht auf, ihre Toilette nicht, wimmeln bald von Ungeziefer, wenn sie sich ü bleiben.

Sie werden äußerst wortkarg, von selbst sprechen sie fa antworten oft nicht, meist sehr zögernd, mit lakonischer Kürze, je muß man mühsam aus ihnen herausholen. Die Stimme klingt oft ein Hauch.

t geltend. Die Kranken sind unaufmerksam, beobachten nichts. Sie
träge, willkürlich durch Besinnen Erinnerungen wachzurufen, über
gestrengt nachzudenken. Die Fragen des Arztes werden demgemäß
ureichend beantwortet, mit Vorliebe sagen sie: „Ich weiß es nicht!"
verweisen auf Angehörige, die müßten es wissen, oder sie erwidern
ht schon in den Akten!", das hätten sie früher schon gesagt. Ver-
e sich auf Drängen zu einer inhaltreicheren Entgegnung, so ant-
ie, was ihnen zuerst einfällt, unbekümmert um die Richtigkeit, um
re Beziehung der Antwort zur Frage, um den Zusammenhang der
niteinander, um das vom Arzt verfolgte Ziel. Die Antworten sind
weichend, unpräzise, unrichtig, sich widersprechend, beziehungslos
eckgemäß. Sie verschaffen sich selbst keine wahre Aufklärung über
de ihrer Verbringung in die Anstalt, haben an irgend einem Vorwand
n die Angehörigen gesagt haben, ihr Genüge. Sie geben sich nicht
gste Mühe, den Arzt dem Zweck seiner Fragen gemäß richtig und
zu orientieren, hören es wortlos mit an, wie er ihre kargen Ant-
alsch interpretiert, berichtigen ihn mitunter, aber erst nach längerer
n die Unterhaltung längst auf andere Gegenstände übergegangen ist
rz: Apathie, Passivität, Denkträgheit sind die in allen Fällen und
vorhandenen Merkmale der hebephrenischen Depression, die allerdings
ehend durch gesteigerte Intensität der Gefühle verdeckt werden können
ren die erörterten Zustände der hebephrenischen Erregung und
on von verhältnismäßig einfacher und leichter Beschaffenheit, so
ie zweite Gruppe subakuter und akuter Krankheitsbilder schwerere
mpliziertere Symptomenkomplexe dar. Zu den bisher be-
en Erscheinungen kommen mehr oder weniger zahlreiche Sinnes-
gen und Wahnideen hinzu, die eine Zeitlang, namentlich im Beginn
ens, dominierend hervortreten, es machen sich in vielen Fällen
und anhaltendere Steigerungen der Gefühle geltend, endlich ist auch
entration des Bewußtseins und die ihr entsprechende Vorstellungs-
hgradiger gestört. Durch diesen Symptomenzuwachs bekommt das
ankheitsbild ein verändertes Aussehen, meist zeigt es ein ausdrucks-
und bestimmteres Gepräge. Vorübergehend macht sich größere
eit bemerkbar. Von den massenhaften Halluzinationen und den zum
htigen, zum Teil aber Monate hindurch festgehaltenen Wahnideen
e Reden der Kranken unzweideutig Kunde, in Gebärden und Hand-
errät sich der starke Einfluß, den die Trugwahrnehmungen zeitweise
erksamkeit und Willen ausüben. Die Zustände, um die es sich hier
wurden von *Kraepelin* früher der Gruppe des Wahnsinns zugezählt
e Paranoia subacuta und acuta ist noch jetzt vielfach in Gebrauch.
rden mit diesem Namen auch hysterische, heilbare affektive und
sychosen bezeichnet. Nach den Richtungen der Gefühle kann man
, expansive und indifferente Formen unterscheiden. Die wirklich

dar. Die genaue Kenntnis einer größeren Zahl der hierher gehörigen fach verschiedenen Symptomenkomplexe ist sehr wichtig und bil unerläßliche Bedingung für die diagnostische Fähigkeit. Bei der K nir zur Verfügung stehenden Zeit muß ich mich aber darauf bes nur ganz flüchtig die häufigeren Bilder zu skizzieren.

Eine Anzahl von Fällen mit indifferentem Gefühlszusta zu den akuten und nicht zu den chronischen Formen deshalb zu weil bei ihnen die Herabsetzung der Willenstätigkeit, die Verminde Redens und der Bewegungen eine so auffällige und hochgradige ist, sich entwickelt hat und so sehr gegen das frühere Verhalten ko daß der Charakter einer akuten vorübergehenden Störung unverke Die Symptome pflegen denn auch zu einem großen Teil wieder schwinden. Völlig gleichgültige Stimmung ist selten, namentlich z findet sich meist eine leichte Unzufriedenheit, Ärgerlichkeit, ein sti deutlich im Gesicht ausgedrückt. Später ist oft kein bestimmter Aff zu erkennen. Sich überlassen, liegen die Kranken mit abgewand halbverdecktem Gesicht stumm und fast regungslos zu Bett. Zeitwei die Teilnahmlosigkeit und Zerstreutheit einem aufmerksameren u essierteren Verhalten. Sie beobachten dann verstohlen die Umge trachten genau ein Bild an der Wand, die gespannten Mienen, die b Stellung weisen auf Halluzinationen hin; deren Vorhandensein wird dringliches Fragen auch oft eingeräumt und nach Überstehen des bestätigt.

Solange die Willensverminderung sich in mäßigen Grenzen hä auch gelegentlich energische, zweckbewußte Handlungen ausgeführt mit Sicherheit auf den Einfluß von Stimmen zurückführen lass Halluzinationen können verschwinden, während die Passivität, der M bleiben. Vermehrte oder verminderte Spannung der Muskeln, flexibili Widerstreben bei allem, was mit ihnen vorgenommen wird, un Symptome, wie sie uns ausgeprägter und andauernder beim kata Stupor begegnen, werden in keinem Falle vermißt.

Unter den mit ausgeprägten Stimmungsanomalien einhe zusammengesetzten Zuständen der Hebephrenie scheinen die dep die häufigeren zu sein. Das Bild, das die Kranken darbieten, gleich Melancholie, doch ist die traurige Verstimmung nicht so tiefgehen andauernd. Die Gleichgültigkeit, dieser Grundzug der Dementia kommt auch hier immer wieder zum Vorschein. Zu den affektvolle sind die Kranken mehr verdrießlich, wehleidig, als traurig, sie b sich selbst, das Mitgefühl für andre wird vermißt, Ärger und Ung mit Mißtrauen und Hohn gegen die Umgebung gepaart, kommen h Nach außen hin machen sich die depressiven Gefühle sehr stark b durch lautes Aufschluchzen, häufiges Seufzen, reichlichen Tränen achtenswert ist eine bestimmte Note, die in den Gefühlsäußeru

nen Leidens, das ihnen auferlegt sei. Pathetischer Tonfall der Rede, erhafte Übertreibung der Gebärden fallen auf. Aus verhältnisiger Stimmung heraus können plötzlich entweder von selbst oder geringfügigen Anlaß hin Angstaffekte zum Ausbruch kommen, asch bis zur höchsten Verzweiflung steigern, um etwas allmählicher en Gefühlsverlauf überzugehen. Diese Angstanfälle dauern bisweilen ng an mit oft wiederholtem Anschwellen und Absinken des Affekts. rungen der Angst sind immer sehr in die Augen springend. Die zittern am ganzen Leibe, schreien mit gellender Stimme um Hilfe, sich sinnlos gegen jeden Eingriff von außen, wobei die Muskeln sich pannen. Bei größter Intensität des Affekts erschlaffen die Muskeln, ne versagt, nur ein leises Wimmern wird noch vernommen, das t blaß, die Mienen drücken Entsetzen aus. Namentlich im Beginn ger dauernden akuten Phase treten die Angstanfälle auf, bisweilen Tage in großer Anzahl. Ungemein bezeichnend ist das ruhige, ige Verhalten kurz nach dem Absinken des Affekts, die geringe ung auf den sich anschließenden Vorstellungs- und Gefühlsverlauf. er den expansiven, zusammengesetzten Zuständen gibt es den einfachen hebephrenischen Erregungen gleichen, sich aber kere Lustgefühle, durch größere motorische Unruhe und Verwirrtheit, Auftreten zahlreicherer, oft absurder und phantastischer Wahnideen als oliziertere Erkrankungsform kundgeben. In andern Fällen mit ge- Selbstbewußtsein tritt die Stimmungsnuance, die uns schon bei den en Zuständen auffiel, nämlich das Überschwängliche, Außergewöhn- Gefühlslebens stark hervor. Die Kranken sprechen im Ton der ng, des Jubelns, der Schwärmerei, tiefster Ergriffenheit, hoher sittrüstung. Sie dehnen die Worte über Gebühr, sprechen mit rhythBetonung, häufen synonyme Ausdrücke, bedienen sich vieler Antinetorischer Fragen. Die Reden der Kranken erinnern an die Deklader Schauspieler, an die Predigten von Geistlichen, die sich starker smittel bedienen. Das wirklich Kunstvolle freilich fehlt in den redneergüssen unserer Kranken.

Pathos kann ganz unvermittelt in eine natürliche Sprechweise überft besteht eine Disharmonie zwischen begeistertem Ton der Rede n alltäglichen Inhalt. Häufig kommt es zu Zornausbrüchen, ja zu ysmen, deren besondere Merkmale denen der Angstaffekte analog urch Lappalien werden die Kranken ganz plötzlich in enorme Erersetzt, sie schimpfen in unflätigen Ausdrücken, machen schamlose , schreien laut, zertrümmern Fensterscheiben, schlagen auf die der Umgebung los, werfen sich zu Boden, strampeln mit den Das Gesicht färbt sich dunkelrot, Atemnot stellt sich ein. Aber l rasch beruhigen sie sich, nach kurzer Zeit arbeiten sie wieder alten sich, als ob nichts vorgefallen sei.

nun in der Richtung von Furcht und Sorge, von Freude und Liebe Haß, Verachtung und Zorn liegen, macht sich ein mäßiger Rede wegungsdrang geltend. Besteht, was das Gewöhnlichere ist, ein Grad der Affektstimmung, so bedarf die Willenstätigkeit oft in e Maße der Anregung, des Anstoßes von außen. Die Kranken lieg Visite unter der Decke; obwohl sie das Kommen des Arztes wol haben, lassen sie ihn eine Weile an ihrem Bett Halt machen, lä im gleichen Zimmer verweilen, ohne sich zu rühren oder ein Wort zu sprechen. Auch die ersten Fragen beantworten sie nur kurz, und nach werden sie reger und beginnen eifrig unter lebhaftem M und mit übertriebenen Gesten fließend zu sprechen. Hören die An außen auf, so kommen sie verhältnismäßig rasch wieder zur Ruhe sinken in ihr altes Schweigen, Manchmal sind die Kranken stumm und können auf keine Weise zum Reden gebracht werde sie offensichtlich imstande sind, zu sprechen; sie schweigen mit eig Vorsatz.

Im Tun sind die Kranken zeitweilig geordnet, machen Han helfen das Zimmer reinigen. Immer wieder entgleisen sie ab infolge Abnahme der Bewußtseinskonzentration, sei es infolge k Willensantriebe. Sie widerstreben dann allem, oder sind über stimmbar, machen nach, was sie andre tun sehn, sind unen unbeharrlich. Mitten in der Durchführung einer Handlung begrif sie plötzlich dem Impuls zu einer andren nach. Sie haben ei in ihrer Kleidung, in der Ordnung der Bettstücke vom Üblichen abz sie ziehen die Jacke verkehrt an, legen das Kopfkissen ans Fuß sind unsauber, zerstören, schlagen. Aber diese Betätigungen sind laufend, die meiste Zeit herrscht Passivität vor.

III. Das Bewußtsein ist selten stärker getrübt, selbst schwac reize können meist wahrgenommen und richtig lokalisiert wer sächlich werden allerdings viele Eindrücke nicht deutlich aufge Aufmerksamkeit oder die Konzentration des Bewußtseins ist näml stark herabgesetzt, die Kranken dämmern dahin und werden ein Teils dessen, was am sie herum vorgeht, nicht gewahr. Die S Aufmerksamkeit ist verschieden stark von Fall zu Fall und unt demselben Fall erheblichen Schwankungen in der Zeitfolge.

Demgemäß ist der Gedankengang bald geordneter, bald mehr wird dann wesentlich durch Sinneseindrücke und assoziativ au Vorstellungen in seiner Richtung bestimmt. Merkwürdig ist das V geordneter und ganz zerfahrener Reden in unmittelbarer Aufein Die Assoziationstätigkeit ist bei stärkeren Graden der Erregung alte Erinnerungen erwachen, die Reproduktionstendenz ist dabei vi einseitige im Sinne der vorherrschenden Gefühle. Als besonde teristische Merkmale sind zu erwähnen: Die Neigung, im Jargon zu

osen Reime und Anklänge, die grotesken Gedankensprünge, das
ereihen von Worten zu unsinnigen Sätzen, die Verknüpfung sinn-
tze zu einem jeder Logik Hohn sprechenden Ganzen bei Erhalten-
grammatikalischen Satzkonstruktion.

r Zeit, Ort, Personen sind die aufmerksameren Kranken orientiert,
n sind mit der Zeitrechnung nur ungenau bekannt, haben über die
uation eine wahnhaft verfälschte Auffassung: „Das Haus ist ein
s, der Arzt ein Zuhälter", meinte eine Patientin, die an dem Wahne
werde des Nachts immer geschlechtlich gemißbraucht. Eine ängst-
nke hielt die Anstalt für ein Gefängnis, den Arzt für einen Schreiber.
schrieb in dem Momente, in dem die Kranke diese Vermutung über
ruf äußerte, grade an der Krankengeschichte, und lediglich aus der
nung dieser augenblicklichen Tätigkeit leitete sie ihr Urteil ab.
se nur das Allernächste, momentan Gegenwärtige berücksichtigende
Schließens wird häufig beobachtet.

luzinationen, die alle fünf Sinne betreffen können, sind bald massen-
l spärlicher vorhanden, rücken in den Vordergrund, treten wieder
geben den Anlaß zur Bildung von Wahnvorstellungen. Diese sind
flüchtig, teilweise mehr fixiert und systematisiert. Physikalischer,
Verfolgungswahn werden beobachtet.

zwei oder mehreren durch Remissionen voneinander getrennten
akuter Störung kann man häufig eine verblüffende Übereinstimmung
ts der Sinnestäuschungen und Wahnideen feststellen.

direkte oder mehr mittelbare Folge der Halluzinationen sind manche
ren Handlungen der Kranken aufzufassen. Doch würde man fehl-
enn man etwa alle fremdartigen Störungen der Willenstätigkeit auf
uß der Sinnestäuschungen zurückführen wollte. Mit dem Abklingen
n Erscheinungen verschwinden auch viele Sinnestäuschungen, andere
n, werden nicht mehr als störend empfunden, unbeachtet gelassen.
gewisse Einsicht für das Krankhafte dieses Symptoms kann in
Zeit Platz greifen.

Wahnvorstellungen werden oft überraschend schnell vergessen.
n dem Gedächtnis durch Vorlesen der in der Krankengeschichte
hneten Einzelheiten nach, so räumen die Kranken wohl ein, etwas
gesagt oder gedacht zu haben, sie verraten aber nur ein sehr
ftes Verständnis für die eigentliche Bedeutung des Phänomens, sie
n die ganze Sache mit befremdender Gleichgültigkeit. Die Art, mit
sserte Melancholische und Manische zu den Halluzinationen und
en einer verflossenen schwereren Krankheitsperiode Stellung nehmen
ar zu deren Gunsten von dem Verhalten unserer Kranken ab.
iel über die Symptomatologie. Wir kommen nun zum Verlauf.

en genaueren Zeitpunkt aber, von dem an die Psychose zu datie
hält man zunächst oft unrichtige Auskunft. Das Krankhafte des Zu
itt für die Umgebung vielfach erst zutage, wenn die Erscheinung
ewisse Höhe erreicht haben. Die ersten undeutlicheren Zeichen des
erden als Charakterfehler, beispielsweise die Symptome der Depres
usdruck der Faulheit, die Zeichen der Erregung als Unarten g
an tut daher gut, die Angaben der Angehörigen zu kontrollieren
gänzen durch Einsichtnahme in Dokumente, die von dem Verhal
ranken, von ihrer Leistungsfähigkeit in verschiedenen, besonders der
rgangenen Lebensabschnitten Kunde geben. Man verschafft sich die
efte, die Schulzeugnisse, Dienstbücher, Atteste über berufliche Leis
iefe, schriftstellerische, künstlerische Arbeiten und so fort. Es
erraschend zu sehen, wie sich beispielsweise bei Dienstmädchen
ienstbüchern, bei Verkäuferinnen aus den Zeugnissen ihrer Chefs
verkennbarer Weise ein Zeitpunkt bestimmen läßt, der einen Wen
Verhalten und der ganzen Lebensführung des Individuums darstel
diesem Moment harren die Personen lange in ihren Stellung
erden als fleißig, zuverlässig, ehrlich, freundlich geschildert. Nach
eitpunkt wechseln die Mädchen alle Augenblicke ihre Stellung, bei
auffallendstem Gegensatz zu früher nur noch schlechte Zeugnisse.

Der Verlauf ist in manchen Fällen mehr schleichend, gleich
ufiger aber schwankend, durch Steigerung der Krankheitssympto
achlässe charakterisiert. Hat man es mit einem subakuten oder
ustandsbild zu tun, so kann man mit großer Wahrscheinlichkeit vorau
ß ein Schwinden eines Teils der Symptome, ein ruhigeres und
erhalten wieder eintreten wird.

Aus einem Zustand chronischen Gepräges kann zwar jederze
ute Störung hervorgehen, doch pflegt in Fällen, die schon jahrelang
s gleiche ruhige Verhalten dargeboten haben, eine erhebliche Ä
s Verlaufscharakters nicht oder nur für ganz kurze Zeit einmal zu e
eringe Schwankungen kommen, wie schon erwähnt, in allen Fäll
ärkere Unterschiede aber in der Beschaffenheit der nacheinander auftr
mptomenbilder können wir nur dann erwarten, wenn die oben gesch
uten Zustände mit einer gewissen Intensität der Gefühle, mit erh
eigerung oder Verminderung der Bewegungen, mit massenhaften
nationen und Wahnideen einhergehen. Auf die akute Störung fol
gelmäßig eine mehr oder weniger weitgehende Remission derart, d
e beiden Phasen deutlich voneinander abheben. Es gibt Fälle, in

Digitized by Google

tsprozeß schon nach einem oder nach wenigen Jahren zum Stillstand
zu sein scheint. Häufiger aber folgen auf die erste akute Störung
rzerer oder längerer Zwischenzeit weitere Anfälle, so daß man von
ezidivierenden oder periodischen Verlauf sprechen kann. Die
er Remissionen und die Zahl der Anfälle variiert stark. In mehreren
Beobachtungen hielt der erste Anfall einer subakuten, mit Sinnes
gen und Wahnideen verbundenen Geistesstörung unter beträchtlichen
ungen 1—2 Jahre an, es folgte eine Remission von 7, 10 Jahren
über, und nun trat der zweite Anfall ein, der dem ersten in viele
g überraschend glich, beispielsweise mit genau denselben Sinnes
gen und Wahnideen einherging.

einem anders gearteten Fall wurden in einem Zeitraum von
, die seit Beginn der Erkrankung verflossen waren, 6 Anfälle von
r der einfachen hebephrenischen Erregung beobachtet. Der erste
auerte nur ein Vierteljahr, jeder folgende etwa 6 Monate; die Dauer
issionen betrug nach dem ersten Anfall $1^1/_2$ Jahr, nach den
bloß $^1/_2$ Jahr, danach nur 4 oder 3 Monate. Jeder einzelne
etzte sich wieder aus einer Reihe kurz dauernder Exacerbationen
gerer Phasen zusammen.

r nahm also mit der Zahl der Anfälle ihre Dauer zu, die Dauer der
nen wurde immer kürzer.

Fällen, die zu sehr schwerer Verblödung führen, ist der Verlauf oft
im ersten Jahr noch eine weitgehende Remission eintritt, später aber
arker Verlaufsschwankungen keine nennenswerte Besserung mehr
et wird. Die Zeit, in der noch Exacerbationen und Remissionen
en können, erscheint fast unbegrenzt. Nach dem ersten, nach den
ja nach dem dritten Jahrzehnt vom Krankheitsbeginn an gerechnet
och Steigerungen und Nachlässe der Krankheitserscheinungen ein
olange diese Schwankungen andauern, schreitet die
: weiter.

Hinblick auf die Frage des Zusammenhangs der Krankheitsbilder
nder ist die Tatsache wichtig, daß in demselben Erkrankungsfall
r mehrere der von uns geschilderten verschiedenartigen hebephrenischen
bilder aufeinander folgen können, sei es, daß sich die Symptomen
e mehr allmählich modifizieren oder plötzlich ändern.

r gleichmäßige Verlauf eines chronischen Krankheitsbildes kann
as Auftreten eines der akuten Zustände unterbrochen werden. Ein
, einfaches akutes Zustandsbild kann übergehen in ein schwereres
erteres. Einer anfänglichen Phase ängstlicher Verstimmung kann
lode der Gehobenheit folgen.

egungs- und Depressionszustände wechseln häufig viele Jahre hindurch
der ab, es entsteht eine zyklische Psychose. Der zirkuläre
charakter ist nicht etwa ein spezifisches Merkmal einer besonderen

n allen Psychosen, bei denen die Gefühlsstärke beträchtlich erl
nden sich diese Schwankungen, die nach dem psychologischen Ge
Entwicklung in Gegensätzen von einem Extrem ins andere führen.

Aber nicht nur die ins Gebiet der Hebephrenie fallenden Zustan
önnen zu mehreren in demselben Fall nacheinander auftreten, son
eihen sich auch hebephrenische Bilder und ausgeprägte katatonische
nd Erregungszustände zu einem Krankheitsverlauf aneinander.

Derartige Fälle sind von mir noch dann den hebephrenischen
ugerechnet, wenn die schwereren katatonischen Bilder nur episodis
is Wochen lang, beobachtet wurden, die längste Zeit über abe
hrenische Zustände vorlagen.

C. Ausgang, Remission.

Ausgang der Hebephrenie in Heilung konnte in keinem
Fälle festgestellt werden. Remissionen aber, mitunter weitgehen
wurden häufig beobachtet. Die in den akuten Phasen besonders
techenden Symptome schwinden wieder, es scheint so, als stelle
Geisteszustand wieder her, der vor Ausbruch der akuten Störung

Die läppischen, erregten Kranken werden ruhiger und geset
chlaffen und trägen frischer und rührtiger, die zerfahrenen Kranken
ich wieder, sie reden und schreiben wieder in klarem Zusamm
rbeiten wieder mit mehr Ausdauer. An Stelle der erregten und schwa
timmung tritt ein ruhigerer, gleichmäßigerer Gefühlszustand. Die
äuschungen und Wahnideen schwinden oder treten doch völlig
Hintergrund. Die Angehörigen halten jetzt ihre Kranken für geh
rwirken ihre Entlassung.

Nimmt man aber kurz, bevor der Kranke die Anstalt verläßt, n
enaue Untersuchung des Geisteszustandes vor, so ergibt sich, daß do
ieles Krankhafte vorhanden ist, was der flüchtigen Beobachtung
Das wird einem noch deutlicher, wenn man weiterhin das Verha
Kranken zu Hause über eine längere Zeitstrecke hin verfolgt. Hi
hir das Institut der Familienpflege gute Gelegenheit.

Was mir bei den entlassenen Kranken zunächst auffiel, da
Tatsache, daß sich die Schwankungen, die während des Aufenthalt
Anstalt stark hervorgetreten waren, in abgeschwächtem Grade in d
der Remission hinein fortsetzten. Leichte Depressionen, Erregun
reiere Perioden wechselten auch zu Hause miteinander ab, bis wie
tärkere Steigerung der Symptome die Verbringung in die Ans
vendig machte.

Von den Krankheitserscheinungen selbst, die man bei den geh
oder wie man sagt, mit Defekt geheilten Kranken wahrnehmen ka
olgende aufgezählt:

ät, die sich besonders in Zeiten der Depression stark bemerkba

Die Kranken klagen über Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Kopfwe
it, Schwere in den Beinen, Appetitmangel, heißen Kopf, kalte Füß
Beim Fahren in der Pferdebahn bekommen sie Brechreiz, oft wir
hwindlig, nachts haben sie beängstigende Träume, sie schreien au
der Schlaftrunkenheit lebhafte Illusionen und Halluzinationen. Si
n alkoholische Getränke nicht mehr so gut, wie früher. Bei de
rmüden sie leicht. Objektiv findet sich: Zittern der Zunge und de
zen Finger, Steigerung der Sehnenreflexe, weicher, vermehrter, un
Biger Puls, Kälte und leichte Blaufärbung der Hände und Füße
aphie, allgemeine Hyperalgesie der Haut.

arakteristischer sind die psychischen Störungen.

Das Gefühlsleben ist lange Zeit noch labil, die Kranken weine
hen bei ganz unzureichenden Anlässen. Manche Kranke sind seh
schüchtern, befangen, werden leicht verlegen, fühlen sich bei de
ion des Arztes unbehaglich, können eindringenden Fragen gegenübe
hen der Ungeduld nicht unterdrücken. Andere sind sehr empfindlich
ich über die geringste Kleinigkeit, antworten meist im gereizten Ton
tagelang kein Wort mit ihren Angehörigen. Verheiratete Frauen
n sich wie schmollende kleine Kinder. Die unbesiegbare, nach
gekehrte Mißstimmung, streitsüchtiges und anspruchsvolles Wese
ele Kranke in Konflikte mit ihrer Umgebung und veranlaßt oft ihr
ufnahme in die Anstalt, ohne daß eine eigentliche Exacerbatio
en wäre.

s Selbstgefühl vieler Kranken ist erhöht, die einen zeigen dies auf
urch gespreiztes, lächerlich wirkendes Auftreten, durch kindisch
en, durch hochmütiges, vornehm tuendes Wesen. Bei andern gib
Gehobenheit nur in einer komischen Selbstgefälligkeit kund, mi
sich ihrer Leistungen, ihres Ansehens bei Arzt und Ober
zu rühmen pflegen. Von ihren Mitkranken sprechen sie mi
Geringschätzung. Für fremde Leistungen haben sie keine genügend
hung. Hand in Hand mit der Selbstüberschätzung, die sich fas
n bescheidenen Grenzen hält, gehen Gefühle der Beeinträchtigung
enten glauben sich gegen ihre Mitkranken zurückgesetzt, vom Arz
nügend beachtet. Überschwänglichkeit der Gefühle ist häufig noch
et, von alltäglichen Dingen sprechen manche Kranke im Ton hoch
en Interesses; ihre Besorgnisse um ihre Gesundheit, ihre Freude übe
ne Besserung des Befindens geben sie mit den übertriebensten Aus
in pathetischer Weise kund. Aber die Tiefe und Nachhaltigkei
ühlsregungen wird vermißt. Der Interessenkreis ist gegen frühe
ngeengt, nur körperliches Wohlbefinden, gutes Essen und ander
nüsse werden noch mit Eifer erstrebt. Der geringfügigsten gesund
Störung wird die größte Wichtigkeit beigelegt, die Kranken leger

Beziehungen zu Angehörigen, zu anderen Menschen überhaupt, da
Anstands- und Schicklichkeitsgefühl, die Regungen des Mitleids, d
barkeit, des Ehrgefühls sind stark abgestumpft.

II. Was die Störung der Willenstätigkeit anbetrifft, so sind viel
auffallend schweigsam und langsam in ihren Bewegungen, andere ze
zerfahrene Schwatzhaftigkeit und hastige Unruhe. Erstere sind seh
bei der Arbeit, müssen unablässig angetrieben werden, leisten d
Zufriedenstellendes. Letztere sind unstet, arbeiten ohne Aufmer
wechseln alle Augenblicke mit ihrer Beschäftigung, bringen wenig
Viele Kranke sind in der Anstalt fleißige und brauchbare Arbeiteri
schälen Kartoffeln, stopfen Strümpfe, nähen, plätten, häkeln gut
dauernd. Das Beispiel der Mitarbeiterinnen, die Gewohnheit tut b
Kranken sehr viel. Werden die Frauen aber entlassen, und sollen
wie früher, wieder ihre Wirtschaft führen, so versagen sie gewöhnl
unterlassen dann die Verrichtung notwendiger Arbeiten, tun Übe
verstehen nicht mit dem Geld umzugehen, sind namentlich unfä
mäßige Einrichtungen zu treffen, zu disponieren. Im Benehmen
Kranken linkisch, unhöflich ohne Absicht, bei unerwarteten Vorko
fassungslos. In ihrer Lebensführung neigen sie zur Pedanterie,
genau nach dem Schema gehen. Eine kleine Abweichung von der g
Ordnung, mag sie nun durch eine Unpünktlichkeit oder ein Ve
anderer hervorgerufen oder durch die Umstände geboten und gere
sein, erregt immer ihre lebhafte Entrüstung. Bleiben die Kranken
der Anstalt sich überlassen, so entgleisen sie regelmäßig, sie verf
Trunksucht, der Prostitution, werden Landstreicherinnen, Diebinnen.

III. Auf intellektuellem Gebiet machen sich bei den geringere
des Defekts die ursprünglichen Anlagen noch deutlich geltend.
Kranke sind verhältnismäßig geweckt, fassen einfache Dinge seh
und leicht auf, andere sind langsamer und schwerfälliger in der Au
Das Gedächtnis für Erlebnisse aus alter Zeit ist meist gut, besonder
Namen, Daten, Zahlen oft auffällig rasch und richtig reproduzi
Kranken bleiben im Besitz eines großen Teils ihrer Schulkenntnisse
lange Gedichte geläufig und fehlerfrei aufsagen. Durch Mangel a
der auf ihre Interesselosigkeit zurückzuführen ist, verlernen sie
im ganzen doch mehr als Gesunde. So hatte eine 22 Jahre alte
die Fertigkeit des Schreibens in hohem Grade eingebüßt, weil sie
Schulzeit nie mehr eine Feder zur Hand genommen hatte.

Auch in jüngerer Zeit erworbene Vorstellungen bleiben haft
die Erlebnisse in den schwereren Phasen der Krankheit ist die E
oft überraschend genau. Die Kranken wissen über ganz unbedeute
kommnisse, die sich in ihrer Umgebung zugetragen haben, wie
psychischen Vorgänge, die sich in ihrem Innern abspielten, detailli
kunft zu geben. Manche stark gefühlsbetonte Erinnerungsvor

ner Pflegerin, oder ein an sich harmloses Geschehnis, über das si
erzeit ärgerten, wird immer wieder von ihnen vorgebracht. Wichtiger
e hingegen werden oft verhältnismäßig schnell vergessen, sei es
Vorstellungen nicht mit dem erforderlichen Maß von Aufmerksamkei
also ungenügend fixiert wurden, sei es, weil durch Mangel a
olungen die Fähigkeit des Wiederauflebens der Vorstellungen auf
worden ist. Wenn man allgemein fragt, beispielsweise: „Wa
ie damals gedacht oder getan?“, „Was ist passiert?“, so erhält ma
die Antwort, sie wüßten es nicht mehr. Unterstützt man ihr Er
svermögen durch Vorlesen von Einzelheiten aus dem Krankenjournal
sich heraus, daß sie für die meisten Erlebnisse, auch für die währen
epunktes der akuten Geistesstörung vorgefallenen, eine ausreichend
ng haben. Aber sie können nicht so frei und willkürlich über ihre
ngsschatz verfügen, wie die Gesunden. Das Willensmoment, ver
ssen es gelingt, jederzeit nach Bedürfnis bestimmte Vorstellunge
Blickpunkt des Bewußtseins zu bringen, erscheint geschwächt. Di
können sich nicht rasch und ausgiebig ohne fremde Hilfe au
besinnen. Stärker geschädigt als das Gedächtnis sind di
n intellektuellen Fähigkeiten, das Denken, Urteilen, Schließen
e Kranken scheuen jede geistige Anstrengung, sie denken übe
gende Gegenstände nicht nach. Am liebsten reproduzieren si
fremde Gedanken, die der Angehörigen, des Arztes. Das Urtei
urch sehr unselbständig und bestimmbar. Auf die Frage: „Weshal
in die Anstalt gekommen?“ antworteten sie: „Der Vater meinte
e mich da erholen“, „weil ich wunde Füße hatte“, „der Dokto
ich hergeschrieben“. Mit derartigen oberflächlichen Motivierunge
e sich zufrieden; den Dingen auf den Grund zu gehen, entferntere
n nachzuforschen, haben sie kein Bedürfnis.

llen sie im Zusammenhang erzählen, so schweifen sie immer wiede
endinge ab, kommen gar nicht von selbst auf den Kern. Oder si
mitten in der Erzählung stecken, liefern ein Bruchstück einer Ge
das für sich allein ganz unverständlich ist, erst weiterer Er
gen bedürfte. Sie sind nicht imstande, nach Gesichtspunkte
enzufassen und zu zergliedern.

i den reizbaren Kranken wird das Urteil unverhältnismäßig star
en Affekt getrübt. Mit Hartnäckigkeit halten sie an einer einma
Meinung fest, verschließen sich eigensinnig gegen die schlagendste
nte, die man dagegen vorbringt. Namentlich über eigene Verfehlunge
sie mit einem das übliche Maß weit überschreitenden Mangel a
ität. Sie entbehren jeder Selbsterkenntnis. Ist es zwischen ihne
n Angehörigen zu Zerwürfnissen gekommen, so sind sie später völli
nde, den Anteil an Schnld, der jeder Partei zukommt, einigermaße
zu bestimmen. Sie leugnen, beschönigen die eigenen Verfehlunge

hne dabei aber tiefere, gemütliche Erregung zu verraten.

So wird die Bildung gründlicher und objektiver Urteile d
nfähigkeit unserer Patienten, ihre Gedanken zu konzentrieren, d
rhöhte Beeinflußbarkeit, durch die starke Abhängigkeit vom eigne
urch den Mangel höherer Gefühle, zum Beispiel des Gerechtigkeit
er sogenannten logischen Gefühle, gehindert.

Die Fälle, die der vorstehenden Schilderung der in den Ren
ervortretenden Symptome zugrunde gelegt sind, hatten die sc
rade der Demenz nicht erreicht. Die Kranken unterhielten noc
ewissen geistigen Verkehr mit der Umgebung und konnten mit
echanische Arbeiten verrichten. In wenigen der von mir beob
älle war sogar noch die Fähigkeit zu selbständiger Tätigkeit. di
ur geringe Anforderungen an den Geist stellte, erhalten geblieb
ranken besorgten allein eine kleine Hauswirtschaft zur Zufrieden
annes und der Kinder, sie erwarben sich als Dienstmädchen du
nd Pünktlichkeit die Anerkennung ihrer Herrschaft.

Aber Eigentümlichkeiten, die vor Ausbruch der Psychose fehlten
och als Überbleibsel der Krankheit immer bestehen, kleinlicher E
edanterie, Unvermögen sich mit der Umgebung in ein herzlic
ernehmen zu setzen.

Die schwereren Endzustände, der hochgradige stumpfe und der
lödsinn, sind in ihrer Bedeutung nicht zu verkennen, der Zusam
er geistigen Vorgänge erscheint aufgelöst, die Persönlichkeit zerfal

Ziehen wir das Fazit aus unseren Darlegungen, so haben wir
hronische, kontinuierlich verlaufende Krankheitsformen
elernt, in denen die Demenz von Anfang an deutlich zutage trat,
eits subakute und akute Krankheitsbilder von remittie
erlaufstypus, die sämtlich in mehr oder minder hochgradigen S
inn ausgingen.

In welchen Beziehungen stehen diese verschiedenartig ge
ustände zueinander? Und welches ist ihr Verhältnis zu den katat
nd paranoiden Formen der Dementia praecox? Überblickt m
größere Reihe von hebephrenischen Erregungszuständen, die sich a
n der gleichen Phase der Entwicklung befinden, so kann man
eichtesten und einfachsten Symptomenkomplexen bis zu den schwer
ompliziertesten alle möglichen Abstufungen feststellen, so daß jede T
ieser Formen nur als willkürlich und künstlich erscheint.

Das gleiche gilt von den hebephrenischen Depressionszustände
enn man weiterhin die schweren Zustände des katatonischen Stu
er katatonischen Erregung mit ins Auge faßt, so findet man, d
iese Formen durch fließende Übergänge mit den hebephrenischen Dep
nd Erregungszuständen verbunden sind.

enie oder schon der Katatonie zuweisen soll. Von der Wortkargheit
en, hauchenden Sprache und Bewegungsverminderung der Hebe
bis zur absoluten Stummheit und Regungslosigkeit der Katatoniker
leichten hebephrenischen Unruhe mit übertriebenen Gesten und
ner Schwatzhaftigkeit bis zum ununterbrochenen katatonischen
gs- und Rededrang kommen zahlreiche Zwischenstufen vor. Die
ne sind der Art nach immer dieselben, haben die gleiche Genese
Katatonie sind sie nur dem Grade nach gesteigert, erscheinen dahe
der und charakteristischer.

e enge Zusammengehörigkeit der subakuten und akuten
renischen und der katatonischen Zustände wird aber noch
der durch die bereits erwähnte Tatsache bewiesen, daß in demselben
ephrenische und katatonische Zustandsbilder aufeinander folgen können
er noch ist innerhalb des Hebephreniegebiets eine Scheidung
ührbar zwischen den subakuten und akuten Formen einerseits
chronischen Krankheitsbildern auf der andern Seite. Übergänge
ber auch da nicht. Setzt man die chronischen Zustände der
renie in Beziehung zu den durchweg chronisch verlaufenden
en Formen der Dementia praecox, so muß die Paranoiafrage
werden. Ganz abgesehen werden soll hier von der sogenannten
acuta; nur unheilbare Psychosen mit Wahnideen, bei denen zwar
xacerbationen vorkommen können, die im Grunde aber doch immer
h verlaufen, sollen in Betracht gezogen werden. Zur so verstandenen
aranoia" wären dann zu rechnen die Fälle der Paranoia im Sinne
ns, sämtliche paranoiden Formen der Dementia praecox und die
nen Zustände der Hebephrenie, wie sie von mir oben geschildert
o handelt es sich bei den Fällen der Paranoia originaria *Sander*
n rasch verblödende Hebephrenie (*Kraepelin*, Lehrbuch II S. 609)
n aber hat nach Ausscheidung der hebephrenischen und der para
Formen der Dementia praecox — die katatonischen kommen hier
in Frage — den Paranoiabegriff auf eine verhältnismäßig klein
von Fällen eingeengt, deren Vorbild die „gut gekennzeichnete" Form
rulantenwahnsinns sein soll.

n unterscheidenden Merkmalen, die eine Abgrenzung dieser Paranoi
chronischen Wahn bildenden Formen der Dementia praecox er
n sollen, seien folgende angeführt:

Die Paranoiker zeigen jahrzehntelang für viele Dinge ein rege
, sie denken nach, verfügen über formale Logik, sind energische
nmäßiger im Handeln, es fehlen also die Grundstörungen der
a praecox, die Apathie, die Denkträgheit und Willensschwäche.

Bei Paranoia fehlen die eigenartigen Symptome, die am ausgeprägte
den katatonischen Formen auftreten, die sogenannten katatonische
ungen.

des Natürlichen und Möglichen, sind mehr vorurteilsvolle Deutu
Kombinationen. Halluzinationen sind bei Paranoia selten und vorüb
Die absurden Wahnideen, insbesondere die Ideen der körperliche
flussung sind der Dementia praecox eigentümlich.

Mit Hilfe dieser differential-diagnostischen Kennzeichen läßt sich
meines Erachtens eine Scheidung zwischen Paranoia und Dementia
nicht durchführen.

Nach meinen Beobachtungen kommen zahlreiche und lang
Sinnestäuschungen, ferner diejenigen Wahnbildungen, die für Dementi
kennzeichnend sein sollen, der physikalische Verfolgungswahn, der
heitswahn, die Gedankenübertragung, häufig in Fällen vor, die n
jahrzehntelangem Bestehen keine erhebliche Einbuße der all
Geistesfähigkeiten erlitten haben und auch nie katatonische Ersch
darbieten. Andrerseits werden in Fällen, in denen sich rasch e
liche geistige Schwäche entwickelt, jene eigentümlichen Willensstö
unzweideutiger Ausprägung oft genug vermißt.

Der Versuch *Kraepelins*, die Paranoia als eine besondere Krank
von den chronischen mit Wahnideen einhergehenden Zuständen der
praecox abzugrenzen, kann demnach nicht als geglückt angesehen
Rechnet man zur Dementia praecox die von mir als chronische Fo
Hebephrenie geschilderten Krankheitsbilder und die zahlreichen
chronisch verlaufenden paranoiden Formen mit ihren festen Wahn
so bleibt nichts anderes übrig, als auch den Rest der alten Par
Fälle der *Kraepelin*schen Paranoia, dieser großen Krankheitsgruppe zu
Denn die Übereinstimmungen sind zahlreicher und durchgreifende
bis jetzt bekannten Unterschiede.

Will man alle chronischen mit Wahnideen einhergehend
chosen scheiden in Fälle, die rasch verblöden, und in solche,
viele Jahre hindurch ihre allgemeinen geistigen Fähigkeiten bewahren
der letztgenannten Kategorie viel mehr Erkrankungen zu, als *Kraepe*
Paranoia (lange nicht 1 % der Aufnahmen) zugerechnet wissen will. T
stehen sich aber diese beiden Gruppen nicht derart scharf getrennt g
daß auf der einen Seite Unversehrtheit der allgemeinen geistigen Fu
auf der anderen Demenz mit katatonischen Symptomen zu verzeichn

Vielmehr kommen alle möglichen Übergänge vor. Der Sch
entwickelt sich bald rascher, bald langsamer, erreicht in vielen Fä
Grade, in andern bleibt er dauernd gering. Eine leichte Abstum
höheren Gefühle, eine mäßige Urteilsschwäche findet sich in all
auch in denen der Paranoia im Sinne *Kraepelins*.

Danach würde dem gegenwärtigen Stande meiner Erfahrun
folgende Gruppierung entsprechen:

I. Subakute und akute, durch katatonische Zeichen charak
remittierend verlaufende Formen, die stets in Schwachsinn ausgehe

nd akuten hebephrenischen Zustände [Katatonie in erweitertem Sinne]
Chronische Formen mit Wahnideen, die im ganzen schleichend
, bei denen akute Exacerbationen mehr Episoden darstellen. Dahin
rechnen die chronischen Formen der Hebephrenie, die paranoiden
der *Kraepelin*schen Dementia praecox und die Fälle der Paranoia
ns. Die chronischen Formen können „künstlich" weiter geschieden
n
Fälle mit rasch sich entwickelnder geistiger Schwäche [Demential
es];
Fälle, bei denen die allgemeinen geistigen Fähigkeiten viele Jahre
verhältnismäßig unversehrt bleiben [Paranoia]. Diese Gruppe
aber außer den Fällen der Paranoia *Kraepelin*s noch andere
tsbilder.
Grenze zwischen den akuten und den chronischen Formen ist
Die akuten Störungen sind immer nur als Phasen eines im Grunde
nen Verlaufs aufzufassen. Bei den chronischen Fällen fehlen akute
gen der Symptome nicht ganz. Der Wert der ganzen Einteilung
nach nicht hoch anzuschlagen, sie soll nur die Übersicht er
. Zu einer Zerlegung in „natürliche" Gruppen fehlen uns noch die
punkte.

D. Diagnose.

e Diagnose gründet sich in erster Linie auf das gegenwärtige
bild. Doch ist die Entwicklung der Krankheit und der bisherige
immer mit zu erwägen. Die Erkennung der chronischen Formen ist
In den Remissionen der akut verlaufenden Fälle können auffällige
n fehlen. Man ist dann zunächst auf die Anamnese angewiesen
weiterhin sorgfältig nach jenen leichteren Defektsymptomen suchen
ausführlich geschildert sind, und die doch manches Charakteristische
.
den subakuten und akuten Krankheitsabschnitten ist auf die eigen
n Willensstörungen zu achten, die zwar in den katatonischen Formen
*pelin*schen Sinne am stärksten ausgeprägt sind, aber auch in den
ebephrenischen Zuständen mit genügender Deutlichkeit hervortreten
geführt sei die Unfähigkeit, aufsteigende Willensantriebe unterdrücken
en, das Widerstreben, die gesteigerte Willfährigkeit, die Wieder
, das Triebartige der Erregung, die aus Gefühlsschwäche entspringend
t, das Beharren in derselben Stellung, die ausweichenden, verneinen
iehungslosen Antworten, die sinnlosen Wort- und Satzverbindungen
einzelnes Symptom, das vorübergehend einmal beobachtet wird
die Diagnose nicht entscheidend sein, jene Zeichen haben vielmehr
n einen diagnostischen Wert, wenn sie gehäuft auftreten und ein
Dauer besitzen, wenn es sich um Störungeu der Gefühl-
Willens nach bestimmten Richtungen hin handelt, die sich

akute Störungen bestehen.

Differential-diagnostisch kommt zunächst der ang
Schwachsinn in Frage.

Manche Fälle von Imbezillität, namentlich solche mit vorv
Mangel an ethischen Gefühlen, weisen eine gewisse Ähnlichkeit
phrenischen Bildern auf.

Die Neigung, sich zu verstecken, den andern beim Sprec
anzusehen, ausweichend, schnippisch zu antworten, offensichtliche
zu bestreiten, Sachen zu zerstören, jeden, der ihnen zu nahe k
schlagen, diese und ähnliche Eigenheiten finden sich sowohl bei
Imbezillen, wie bei Hebephrenen. Es kommt hinzu, daß sich die He
mit Vorliebe bei Individuen, die von Hause aus schwachsinnig
abnorm sind, entwickelt, so daß der Nachweis, daß von jeher ein
Defekt bestand, nur einen bedingten differentialdiagnostischen We
Imbezillität und Hebephrenie können aber begrifflich scharf geschiede
Imbezillität ist ein von Kindheit an bestehender, im ganzen gleichb
nur den physiologischen Veränderungen der Lebensabschnitte unte
Zustand geistiger Schwäche; Hebephrenie dagegen ist ein Kra
vorgang, dessen Beginn sich feststellen läßt, der in seinem Ver
oder weniger charakteristische Erscheinungen einer Geistesstörung
Sinne darbietet, und der zu einer Umformung der gesamten Pers
zu einer Vereinfachung derselben führt. Richtet man sich na
Definitionen, so kann man jeden Fall in der einen oder der ande
unterbringen und braucht keine Übergangsformen zwischen Imbez
Hebephrenie anzunehmen. Für die Diagnose Hebephrenie spricht ins
das Auftreten von Sinnestäuschungen und Wahnideen, das Vorkor
fälliger von äußeren Einflüssen unabhängiger, Jahre hindurch
stärkerer Schwankungen.

Die Unterscheidung zwischen Hebephrenie und Dementia pa
macht in der Regel keine großen Schwierigkeiten. Für Paralyse s
Vorhandensein körperlicher Lähmungssymptome, der Verlust der
innerungen, die starke Herabsetzung der Merkfähigkeit, der rasch
des geistigen und körperlichen Verfalls. Es gibt aber doch Fälle,
Fehldiagnosen verzeihlich sind. Von Haus aus schwachsinnige
können an Tabes erkranken, zu der eine Hebephrenie hinzukom
findet dann etwa folgende Symptome: reflektorische Pupillenstarre a
Frühsymptom der Tabes, eine Sprachstörung und Gedächtnisschw
angeborene Anomalien, endlich die Zeichen der hebephrenischer
Gleichgültigkeit, Urteilsschwäche und Energiemangel.

Daß man bei einer derartigen Vereinigung von Erscheinu
gar nicht so selten ist, ohne weiteres Paralyse diagnostiziert, ist ve
Durch das Ausbleiben des körperlichen Siechtums wird der Irrtum
erst nach vielen Jahren aufgedeckt, bei sorgfältiger Berücksichti

Gedächtnis der Hebephrenen für Zahlen, Namen, Daten.

Bei Hysterischen kommen Erregungs- und Depressions
e vor, die den hebephrenischen Bildern ähnlich sehen, namentlich
Züge des Läppischen, Kindischen und des Überschwänglichen
enen, an sich tragen. Aber eine solche Verarmung an Gefühlen
ei den Hebephrenen immer wieder zutage tritt, findet sich bei der
hen nicht. Im Gegenteil macht sich bei ihnen im Vorstellen und
die Stärke und nachhaltige Wirkung vieler Gefühle, auch solcher
nicht auf das unmittelbare körperliche Wohlbefinden beziehen, sehr
en geltend. Das Interesse, mit dem die Hysterischen die Vorgänge
ngebung verfolgen, ist lebhafter und nur mangelhaft verhüllt. Die
les Arztes pflegt ihnen nicht gleichgültig zu sein. Regungen des
reten hervor — die übertriebenen, ekstatischen Gefühlsäußerungen
erischen verraten mehr Vorsatz und Berechnung, als es bei den
nen der Fall ist.

er und Zorn können sich bei beiden Psychosen mit Heftigkeit äußern
n aber bei Hysterischen besser motiviert, brechen nicht so über-
plötzlich aus und haben eine länger dauernde Nachwirkung
er Ekelgefühle findet sich bei beiden Krankheiten.

Das Mienenspiel, der Klang der Stimme, die Gesten geben deutlich
bestimmten Gefühlen und Vorstellungen der Hysterischen Kunde
en ist ausdrucksvoll, wohlklingend, herzlich, allmählich an- und ab-
d. Die Äußerungen ihrer Gefühle werden leicht bemerkt, die
hen pflegen nicht, wie die Hebephrenen, dem Arzt die Zunge heraus-
n, oder ihm eine lange Nase zu machen, während er gerade fortsieht
tung ist auf Erzielung eines bestimmten Effekts berechnet. Sie
r schönes Haar, ihre wohlgeformten Arme zur Schau. Selbst in
wie sie Unordnung hervorrufen, liegt ein gewisses System. Eine
ahm sehr behutsam alle Bilder der Reihe nach von den Wänden
rückte sämtliche Zimmergeräte an einen anderen Platz; um die
der Tür unmöglich zu machen, errichtete sie kunstvolle Barrikaden
mäßige, Zusammenhängende des Handelns, das Motivierte, Zweck-
kann allerdings so verdeckt sein, daß es einer oberflächlichen
ng entgeht, bei aufmerksamer Beobachtung ist es aber unverkennbar
was Hysterische darbieten, trägt den Stempel der Imitation an sich
erische macht aber nicht bloß die einzelnen Handlungen einer
ranken direkt nach, wie die Hebephrene, sondern sie kopiert auch
les Verfahrens, sie macht sich gewissermaßen ein Bild, einen Begriff
kheit, aus dem heraus sie mit einer gewissen Selbständigkeit die
Symptome ableitet.

Die Bewußtseinsklarheit ist bei den hysterischen Zuständen oft so
abgesetzt, daß sich später eine Erinnerungslücke, eine lokalisierte
feststellen läßt. Nicht immer ist das aber der Fall.

beziehungslos wie bei Dementia praecox. Die Antworten verraten bei näherer Betrachtung oft so viel Sinn, so viel innere Beziehung und zur ganzen Situation, daß eine verhältnismäßig komplizierte Ü vorausgegangen sein muß. Wenn der Arzt sich mit einer andern unterhält, so machen die anscheinend ganz teilnahmlosen Hysterischen lich Zwischenbemerkungen, die deutlich zeigen, daß sie ziemlich au dem Gang des Gespräches gefolgt sind und den ganzen Zusammer Verständnis erfaßt haben. Zwischenbemerkungen der Hebephrene nur an den letzten Satz, der gesprochen wurde, ja an ein Wor äußerlicher Weise anzuknüpfen.

Bei Hysterischen kann durch äußere Einwirkungen, durch Maßnahmen das ganze Krankheitsbild, selbst auf der Höhe der Ent wesentlich geändert werden.

Die Hysterischen, die so erregt sind, daß sie den ganzen Tag und lachen, werden nachts doch von Müdigkeit überwältigt und viele Stunden fest, was bei erregten Hebephrenen nicht der Fall is

Der Vorgang der Menstruation beeinflußt den Krankheitsverlau Hysterie viel stärker als bei der Hebephrenie, offenbar infolge triebenen Vorstellungen, die sich die Hysterischen von der sch Wirkung dieses physiologischen Prozesses zu machen pflegen.

Am wichtigsten sind die Unterschiede im Verlauf und Ausg immerwährenden, unabhängig von äußern Einflüssen viele Jahre erfolgenden Schwankungen, wie man sie bei Hebephrenen sieht, ko Hysterie nicht vor. Die Hysterischen verblöden nicht.

Körperliche Stigmata der Hysterie sind im gegebenen nicht immer nachweisbar, die Anamnese ergibt dann aber oft, daß vorhanden waren.

Bei der Unterscheidung zwischen manischer und hebephr Erregung kommt es auf folgende Punkte an.

Die Gefühle der Manischen sind tiefergehend, von nachhaltigere auf den Ablauf der psychischen Vorgänge, ihre Äußerungen könn unterdrückt werden, die höheren Gefühle sind nicht so stark gesch

Die sinnlichen Triebe bekunden sich nicht so rücksichtslos.

Die Manischen wahren einigermaßen die äußeren Anstandsform sie nicht gerade unter einer momentanen stärkeren Affektwirkung s benehmen sich nicht so kindisch, spielerisch, affektiert, sind n ernsthafter. Sie sind nicht so gewalttätig und zerstörungslustig. Il lungen sind mehr Willkür- als Triebhandlungen, zeugen mehr von bewu und Ziel, von größerer Initiative und Tatkraft. Das Grimassieren, die übe Gesten, die grotesken Bewegungen des ganzen Körpers, die Gliederverr die Drehungen um die eigne Achse kommen bei leichter Manie Die Aufmerksamkeit der Manischen ist aktiver und anhaltender. S mehr unter den Eindrücken, unterhalten sich noch ziemlich geor

Digitized by Google

re Handlungen und ihre Gefühlsäußerungen unvergleichlich geschickte
euchtender zu motivieren.

Manischen sind demnach bei gleichem Grade der Erregung un
nzentrierter als die Hebephrenen, erscheinen reicher an Vorstellunge
ühlen.

melancholischen Verstimmungen oder, um mit *Kraepelin* zu reden
essiven Zustände des manisch-depressiven Irreseins zeigen im Gegen
den hephrenischen Depressionszuständen folgende Eigentümlich

Die Unlustgefühle der Melancholischen sind komplizierter un
ler als bei den Hebephrenen. Nicht nur die Gegenwart macht si
ch, auch die Zukunft erfüllt sie mit Furcht und Sorge. — Di
lischen sind eher altruistisch, sie bangen sich oft mehr um da
hen ihrer Angehörigen, als um ihr eignes. Sie sind bescheiden
dankbar, mitleidig.

übergroße Bedenklichkeit bei jedem Schritt, den die Melancholike
t in grellem Gegensatz zur Gleichgültigkeit der Hebephrenen.

bstvorwürfe kommen bei Hebephrenie vorübergehend mal vor, sin
h lange nicht so ernst und anhaltend wie bei der Melancholie. Di
tigkeit ist in den leichteren Graden der Melancholie soweit erhalten
gliche Verrichtungen, wie die Besorgung der Toilette, noch ausgeführ

Zu neuen, ungewohnten Handlungen, zu entscheidenden Schritte
ßen sich die Melancholischen allerdings sehr schwer — zu arbeite
n sie wenigstens immer wieder, sie haben ein inneres Bedürfnis dazu
ensatz zur Faulheit der Hebephrenen, denen die eignen An
hlen.

der Exploration sprechen sich die Melancholischen anfangs oft seh
is, dann aber, wenn man ihnen nur Zeit läßt und sie nicht gerad
gen sucht von dem Vorstellungskreise, der augenblicklich ihr ganze
und Fühlen gefangen nimmt, oft sehr ausführlich. Es ist dann, al
äußerer Druck von ihnen fortgenommen, der sie hemmte, währen
Hebephrenen mehr die inneren Impulse zum Sprechen vermindert
uch schafft den Melancholischen die Aussprache vorübergehend
rung, sie suchen dieselbe, während den hebephrenisch Deprimierte
dringendere Unterhaltung mit dem Arzt höchst unangenehm ist.

s Denken und Sichbesinnen fällt den Melancholischen sehr schwer, si
sich dabei so an, daß oft der deutliche Ausdruck des Schmerzes i
enen sichtbar wird. Sie sind vergeßlicher und zu komplizierterer
tungen viel weniger fähig, wie die Hebephrenen. Aber im Gegensat
Gleichgültigkeit, Denkträgheit und Kritiklosigkeit grübeln die Melan
n über den eigentlichen Grund ihrer Verbringung in die Anstalt
e möglichen, ihnen aufstoßenden, teilweise ganz nebensächliche
ausgiebigster Weise nach.

Digitized by Google

langen immer von neuem Aufklärung und sind weder mit guten
seichten Gründen zufriedenzustellen. Sie geben sich alle Mühe,
über jede Einzelheit zu unterrichten, berichtigen sich immer v
machen Zusätze, wollen ja nichts Falsches oder Unvollständiges sa
innere Aufmerksamkeit ist nur auf traurige Vorstellungen geri
Reproduktionsrichtung hat daher etwas Einseitiges und Einförmig
man aber von dieser durch Wirkung der starken vorherrschende
hervorgerufenen eintönigen Färbung der Vorstellungen und von der a
Urteilstrübung ab, so ist der Reichtum an Ideen und die Urteilsk
erheblich besser erhalten, als bei Hebephrenie.

Gegenüber den mit Sinnestäuschungen und Wahnideen ver
subakuten und akuten Formen der Hebephrenie zeigen die entsp
Zustände der Melancholie folgendes Verhalten. Die Wahnvorstellung
sich mehr im Rahmen möglicher und natürlicher Vorgänge, sie sind
absurd wie bei der Hebephrenie. Sinnestäuschungen und Wahnideen
größerer Abhängigkeit vom Grade des Affekts und der Hemmung
stellens und Denkens. Auf dem Höhepunkt der gemütlichen Erregun
melancholische Kranke allerdings völlig von den Trugwahrnehmu
Wahnvorstellungen beherrscht werden; sowie aber die Intensität de
abnimmt und überhaupt die heftigeren akuten Symptome nachlassen,
die Kranken an der Realität der Halluzinationen zu zweifeln, und
so eher, je unwahrscheinlicher ihr Inhalt ist. Die Korrektur der W
die Einsicht in das Krankhafte der halluzinatorischen Vorgänge
ein in gleichem Schritt mit dem Abnehmen des Affekts und d
hemmung. —

Wegen vorgeschrittener Zeit wird die Diskussion auf die
Sitzung verschoben. —

Herr *Hübner*-Herzberge: Demonstrationen.

I. Ein Fall von doppelseitiger Peroneus- und Radiali
bei progressiver Paralyse mit anatomischem Befund.

Krankheitsgeschichte. 43jährige Briefträgersfrau, früher sy
nfiziert. In den letzten Jahren vor Beginn der Erkrankung mäßiger
genuß. Einige Monate vor Ausbruch des Leidens Gedächtniss
Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Anfang 1903 unsinnige
Geld verschenkt, artikulierte Sprachstörung, Kniephänomene fehlen,
differenz, reflektorische Pupillenstarre, *Romberg*, Analgesie an de
schenkeln, Inkontinenz. Während der Anstaltsbeobachtung: Fe
schnell vorübergehende Hämoglobinurie (nach Chloralmedikation?)
Herpes zoster im Gebiete des vierten Interkostalnerven links. Zu glei
starke Kontrakturen in beiden Hüft- und Kniegelenken (Streck
Hochgradigste motorische Unruhe. 20. Januar 04 beiderseitige Radia

essert sich erheblich, die Lähmung der Nn. peronei bleibt bis zum
bestehen. Elektr. Untersuchung ergibt bei direkter Reizung des
ales deutliche Herabsetzung für beide Qualitäten; im Gebiet des
ist die elektr. Erregbarkeit fast aufgehoben. Bei galv. Reizung des
träge Zuckungen an den betroffenen Gruppen nur der unteren
äten. September 04 erster paralytischer Anfall. Von solchen wurden
en sechs Serien beobachtet. Der letzten erlag Patientin. Marasmus
h nicht eingetreten, wohl aber hatte sich der psychische Zustand
chtert. —

Anatomischer Befund:

kroskopisch: Die Pia läßt sich von einzelnen Stellen der Rinde
n beiden motorischen Regionen, nur mit Substanzverlusten ablösen
Stirnlappen atrophisch. Ventrikel erweitert, Ependym derselben
t, besonders deutlich im vierten Ventrikel. Lymphocytose des Liquor
pinalis. Graue Degeneration der Hinterstränge.

kroskopisch: Nn. radiales: Perineurium in mäßigem Grade
Endoneurium deutlich vermehrt. Fasern sind zum Teil völlig
nden, andere sind im Zerfall begriffen, doch ist der Ausfall an
nicht sehr stark.

gleicht der Befund dem der anderen Seite.

. peronei: Starke Vermehrung des peri- und endoneuralen Bindegewebes. Beiderseits ist eine auffallende Faserarmut deutlich erkennbar
wenigen Markscheiden, die im Zwischengewebe noch nachzuweisen
ten einige Zeichen beginnenden Zerfalls.

medianus sin: normal.

ndenmark: In den Hintersträngen symmetrische Degenerationen
welche das dorso-ventrale Hinterstrangfeld und das dorso-mediale
nicht mitbetroffen haben. Außerdem beiderseits Degeneration der
enseitenstränge, rechts stärker als links.

e Untersuchung einiger Schnitte aus dem Brust- und Halsmark
chfalls entsprechenden Faserschwund in den Hinter- und Pyramiden
ängen erkennen. —

handelt sich in unserer Beobachtung um einen Fall von Paralyse
erschiedener Hinsicht besonderes Interesse beansprucht.

mal deshalb, weil die Zahl der anatomisch untersuchten Fälle nicht
(Literatur s. bei *Daus*: Zur Pathologie der Peroneuslähmungen
rlin 1902 S. 42), dann aber auch wegen der Ätiologie.

rasmus paralyticus lag nicht vor. Dem Alkohol kann höchstens ein
nierende Wirkung zugeschrieben werden, wobei nicht vergessen
darf, daß, als die Lähmungen eintraten, die Kranke ein Jahr lang
xohol gelebt hatte. Letzteres gilt auch für die Erkältungsschädlich
denen Patientin während des Anstaltsaufenthaltes wohl kaum aus
war.

Befallensein von zwei symmetrisch gelegenen Nervenpaare genügend erklärt würde.

Vortr. glaubt den Fall folgendermaßen erklären zu dürfen: Di hatte schon bei der Aufnahme das W. Z. und reflekt. Pupillensta befand sich während des ganzen Jahres vor Eintritt der Lähmung Zustande hochgradiger motorischer Erregung, während dessen sie Extremitäten fast dauernd in durchaus unzweckmäßiger und rücksi Weise gebrauchte. Die hierdurch hervorgerufene funktionelle Üb (*Moeli*), die um so größer sein mußte, als in Armen und Beinen e Ataxie von Anfang an vorhanden war, betraf zweifellos beide Extr paare in hohem Maße. Die Wirkung dieser gesteigerten Inanspru zeigte sich nun zuerst in denjenigen Nervengebieten, welche, wie die Erfahrung uns gelehrt, und wie auch *D. Gerhardt* durch Tierexp nachgewiesen hat, eine besondere Disposition zu Lähmungen besitzen, in denen der Streckmuskulatur.

II. Tabes mit Gummi der hinteren Schädelgrube.

31jährige Frau. Lues ärztlich sichergestellt, bot folgende Sy Linksseitige Oculomotoriuslähmung, isolierte Lichtstarre beider *Westphal*sches Zeichen, Achillessehnen- und Plantarreflex fehlen be Analgesie beider Unterschenkel, hypalgetische gürtelförmige Zone a Hypotonie der Extremitätenmuskulatur, lanzinierende Schmerzen Beinen, Taubheitsgefühl und Kriebeln in Händen und Füßen, Unfäh gehen, gastrische Krisen, Inkontinenz.

Anatomisch: Gummi der rechten hinteren Schädelgrub Degeneration der Hinterstränge, frische Lungentuberkulose, lin Hydrothorax.

Mikroskopisch: Seiten- und Vorderstränge in ganzer Ausdeh Das Bild im oberen Lendenmark gleicht der Fig. 80a der „Vorlesun die pathologische Anatomie des Rückenmarks", 1901 Wiesbaden, von S der Befund im Brustmark etwa der Fig. 85 desselben Lehrbuches

Die Neubildung der hinteren Schädelgrube besteht an den Ra aus Anhäufungen epitheloider Zellen, zwischen die sich zahlreich gewebszüge einschieben. Das Zentrum des Tumors ist verkäst, v Zone frischeren Granulationsgewebes umgeben, von dem aus zahlreic Stränge in die Käsemasse vordringen.

Die meisten in der Tumormasse befindlichen Gefäße lassen Wandungen erkennen. Ihre Intima ist auf dem Querschnitt br gewöhnlich, besitzt eine z. T. aufgefaserte, z. T. verdoppelte Elastic und Adventitia sind von zahlreichen Rundzellen durchsetzt. Auch gebung der Gefäße enthält deren viele.

Der Versuch, Tuberkelbazillen in der Geschwulst nachzuweis ein negatives Ergebnis.

Digitized by Google

nisch: 57jähriger Mann. Lues anamnestisch nicht sicher nach , aber sehr wahrscheinlich. Seit 20 Jahren rückenmarksleidend au ist seit 6 Jahren blind. Bei der Aufnahme: Örtlich und zeitlich iert, euphorisch, dement, starkes Silbenstolpern, reflektorische tarre, rechtsseitige Facialisparese, *Westphal*sches Zeichen, Incontinvi et urinae. 19. Februar 06 ein rechtsseitiger Anfall mit Bewußtdem Patient am nächsten Tage erliegt.

atomisch: Diffuse Leptomeningitis, Atrophie beider Stirnlappen ise Verklebung der Pia mit der Rinde. Gummi im rechten Scheitelm Übergang zum Hinterhauptslappen, das mit der weichen Hirnhaut en ist. Gummi im linken Scheitellappen unmittelbar hinter dem stcentralis. Granulierung des Ependyms. Hirngewicht 1320. Graue tion der Hinterstränge.

kroskopisch: Gehirn: Ein Teil der (nach *Nissl* gefärbten) zellen hat eine dunklere Färbung angenommen, als die normalen oïdkörper sind zerfallen, so daß sie gleichmäßig fein gekörnt aussie Kerne sind gekerbt, z. T. bereits unscharf. Die Glia ist beträchtehrt. An *Weigert*- und *Pal*präparaten kann man einen erheblichen vund erkennen. Tangentialfasern fehlen fast ganz. Gefäße z. T. andere erscheinen hyalin degeneriert. In den adventitiellen Lymphie und da Plasmazellen.

ckenmark: Im Lendenteil außerordentlich deutlich ausgeprägte ngaffektion tabischen Charakters. Außerdem beiderseits geringe g (*Pal*) beider Pyramidenseitenstränge. Letztere ist auch im Brustmark nicht stark. Ferner mäßige Randdegeneration.

Tumoren der Rinde bestehen im wesentlichen aus epitheloiden wischen die viel Leukocyten zerstreut sind. Die sehr zahlreichen aben ein enges Lumen, ihre Wandungen sind verdickt, weisen viele n auf, die sich übrigens in reichlicher Menge auch in der Umgebung e finden. Intima sehr dick. Elastica häufig verdoppelt.

ch die Anhäufungen von epitheloiden Zellen ziehen viel fasrige ebszüge.

e, wie die eben beschriebenen (II. und III.), sind von den Autoren ebe dazu benutzt worden, den ätiologischen Zusammenhang zwischen aralyse und Lues dem Verständnis näherzubringen. Dies geschah l folgender Erwägung: Die Syphilis ist bei diesen Fällen meist sch erwiesen. Es steht ferner fest, daß das Gummi ein spezifisch Produkt ist. Drittens hat die Erfahrung gelehrt, daß die degenephie bestimmter Fasersysteme besonders häufig bei früher Syphigefunden wird. Da man nun sowohl primäre Faserdegenerationen, gummöse Prozesse nebeneinander findet, so ist zu schließen, daß in die letzteren, sondern auch erstere ein Produkt der Syphilis sind. *Guszmann* gehen sogar noch weiter, indem sie sagen, das Syphilom

n Spironeura-Schaudinn in den Dienst der Tabes-Para
philislehre stellen? Diese Frage ist zu bejahen. Wir werden zu
prüfen haben, ob sich das kleine Gebilde, welches *Schaudin*
ffmann (s. Deutsche med. Wochenschr. 1905 S. 1665) in den Spätf
Syphilis sahen, auch in allen gummösen Prozessen des Nervens
let, und ob es ferner in der Hirnrinde des Paralytikers oder den d
ten Hintersträngen (usw.) des Tabikers zu beobachten ist. Nur w
beiden vorkommt, wird sich die Anschauung von *Erb* und *Gus*
rechterhalten lassen.

Autoreferat

G

Jahresversammlung
des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Münch
am 20. und 21. April 1906.

Die Sitzungen fanden im Hörsaal der Psychiatrischen Klinik stat

Anwesend waren die Herren: *Ackermann*-Sonnenstein, *Adam*-Ka
ill, *Alt*-Uchtspringe, *Alter*-Leubus. *Alzheimer*-München, *F. Angerer*
-Eglfing, *Barbo*-Pforzheim, *Bauer*-Owinsk, *Beckh*-Nürnberg, *Behr*-Lür
nneke-Dresden, *Binswanger*-Jena, *Birnbaum*-Conradstein, *Bischoff*-Tüb
deker-Schlachtensee, *Boettcher*-Colditz, *Böhmig*-Dresden, *Bonhöffer*-B
andl-Eglfing, *Bresler*-Lublinitz, *Buddeberg*-Merzig, *Buchholz*-Hamburg,
nchen, *Caselmann*-Deggendorf, *Christoph*-Obrawalde, *Cotton*-Boston
amer - Göttingen, *Daiber* - Weinsberg, *Dannemann* - Gießen, *Dehio* -
utsch-Lauenburg, *Dreschfeld*-Eglfing, *Economo*-Wien, *v. Ehrenwall*-Ahr
ke-Ückermünde, *A. Erlenmeyer*-Bendorf, *van Erp-Taalman-Kip*-Ar
bricius - Düren, *Falk* - Kortau. *Falthauser* - Erlangen, *Fink* - Münche
cher-Wiesloch, *O. Fischer*-Prag, *R. Förster*-Bonn, *Frank*-Zürich
ck-Hochweitzschen, *Gaupp*-München, *Geist*-Zschadraß, *Gerlach*-König
ck-Landsberg a. W., *Gruhle*-Heidelberg, *Groß*-Schussenried, *Großman*
en, *H. Gutzmann*-Berlin, *Cl. Gudden*-Bonn, *H. Gudden* München, *H*
mmendingen, *Haenel*-Dresden, *Hahn*-Breslau, *Halbey*-Freiburg i. Br.
der-Werneck, *Fr. Hartmann*-Graz, *Hegemann*-Münster. *von der He*
ich, *Heilbronner*-Utrecht, *Herfeldt*-Ansbach, *Herting*-Galkhausen, *He*
, *Herrmann*-München, *Hitzig*-Halle. *Hoche*-Freiburg i. Br., *Hock*-Kaufl

Digitized by Google

-München), *R. Hoffmann*-Zwiefalten, *Hoffmann*-Halle, *Hübner*-Lichten
fler-Chemnitz, *Hügel*-Klingenmünster, *Imhof*-Werneck, *Karrer*-Klingen
Kluge-Potsdam, *Knecht*-Ückermünde, *Knörr*-Neu-Ruppin, *Köhler*
, *Kölpin*-Bonn, *Kolb*-Kutzenberg, *Korte*-Eglfing, *Kreuser*-Winnental
ew York, *Kurz*-Pfullingen, *H. Laehr*-Schweizerhof, *M. Laehr*-Hau
, *Landerer*-Andernach, *Lantzius-Beninga*-Weilmünster, *Laquer*-Frank
, *Levinstein*-Schöneberg, *Lichtenberg*-München, *Lilienstein*-Nauheim
-München, *Lößl*-Gabersee, *Löwenthal*-Berlin, *Löwenfeld*-München
-Heidelberg, *A. Ludwig*-München, *Lüttge*-München, *Lundborg*-Upsala
rdmannshain, *Mayer*-Goddelau, *Meyer*-Eglfing, *Meyer*-Münster, *Merck*
ow a. R., *Moeli*-Lichtenberg, *Möller*-Berlin, *Nassauer*-München, *Neisser*
Neustätter-München, *Neuendorff*-Bernburg, *Nikitin*-St. Petersburg
München, *Orthmann*-Düren, *Osswald*-Goddelau, *Oster*-Illenau, *Paetz*
rbitz, *Parhen*-Bukarest, *Pelman*-Bonn, *Peretti*-Grafenberg, *Petersen*
ewsner-Moskau, *Pfister*-Freiburg i. Br., *Plaut*-München, *Probst*-Eglfing
Neustadt W.-Pr., *v. Rad*-Nürnberg, *E. Rehm*-München-Neufriedenhein
-München, *Reiß*-München, *Repkewitz*-Schleswig, *Riffel*-Emmendingen
l-Straßburg, *Roßbach*-Zschadraß, *Rühle*-Schussenried, *Y. Sakaki*
(Japan), *Schaefer*-Roda, *Schedtler*-Merxhausen, *Scheiber*-Deggendorf
ß-Gabersee, *Schmidt*-Alt-Scherbitz, *Schmitt*-München, *Schneider*-God
P. Schroeder-Breslau, *E. Schultze*-Greifswald, *Schulz*-Klingenmünster
-Plauen i. V., *Schweighofer*-Salzburg, *Seelig*-Lichtenberg, *Selle*-Neu
Sendtner-Eglfing, *Sendtner*-München, *Serger*-Strelitz, *Seyffert*-St. Gil
Siemens-Lauenburg, *Simon*-Warstein, *Snell*-Lüneburg, *Spatz*-München
r-Mauer-Öhling, *Stengel*-Bruchsal, *Stokmann*-München-Neufriedenheim
ff-Kortau, *Tecklenburg*-Tannenfeld, *Tesdorpf*-München, *Tomaschny*
a. R., *Tuczek*-Marburg, *Ungemach*-Eglfing, *Utz*-Ansbach, *Vocke*-Eglfing
genhagen, *Warda*-Blankenburg i. Th., *Wattenberg*-Lübeck, *Wehner*
ch, *Weichelt*-Andernach, *Weiler*-München, *Westphal*-Bonn, *Weygandt*
g, *Wolff*-Basel, *Wolff*-Katzenelnbogen, *Wollenberg*-Tübingen, *Zahn*
, *Zenker*-Bergquell, *Zinn*-Eberswalde. (190 Teilnehmer.)

Vorstandstisch: *Moeli, Hitzig, Kreuser, H. Laehr, Pelman, Siemen*
r hat sein Fernbleiben mit plötzlicher Erkrankung entschuldigt
hrer: *Nitsche* und *Probst*.

Sitzung, Freitag, den 20. April, vormittags 9¼ Uhr.

r Vorsitzende *Moeli*-Berlin begrüßt die Versammlung und weist darau
der heutige Versammlungsort besonders günstig sei wegen der zwe
sychiatrischen Institute, die daselbst ins Leben getreten seien.

Vertreter der Regierung sind anwesend Herr Ober-Med.-Rat *v. Gra*
Herr Regierungsrat *v. Bumm*; letzterer heißt die Versammlung in
der Regierung willkommen.

neralstabsarzt *v. Bestelmeyer* heißt die Versammlung im Auftrage de
nisters willkommen, und weist auf die hohe Bedeutung der Psychiatri

Digitized by Google

ommandiert würden.

Hofrat *v. Höβlin* spricht im Namen des ärztlichen Vereins M

Gaupp-München spricht im Namen des Münchener Lokalkomit

s Stellvertreter des Direktors der Klinik, *Kraepelin*, der zurzeit

ternationalen Kongreß zu Lissabon weilt. Er weist darauf hin,

er Jahren die Versammlung im Polytechnikum um das Gastrecht bitten

ute tage sie in eigenen Mauern.

Moeli verliest sodann Begrüßungs- und Entschuldigungsschreib

legramme von *Kraepelin*, *Schüle*, *Fürstner*, später noch von *Lo*

mmer, *Thomsen*. Er gedenkt sodann der Toten des Vereins: S

albey, San.-Rat *Wagemann*, Physikus *Wahncau*, Dr. *Besser*, Prof. *W*

n dem er sagt: „Wir haben in Wernicke viel verloren; die Psychia

nzen einen arbeitsfreudigen, geistreichen Forscher; viele einen

ssen originelle Sprödigkeit vielleicht für manche etwas Anziehendes

d uns tritt er besonders nahe, wenn wir hören, wie er auf einer

ur durch einen Radunfall auf grausame Weise zugrunde ging.“ Fer

nkt er des am 18. August 1905 verstorbenen Geh. Rats *Lachr*. D

mmlung erhebt sich zur Ehrung der Toten von den Sitzen.

Hierauf teilt der Vorsitzende mit, daß nach § 7 der in Dres

nommenen Statuten der Vorstand einen ständigen Schriftführer als

wählt habe in der Person von *Hans Lachr*-Zehlendorf.

In Ausführung des vorjährigen Versammlungsbeschlusses, sä

utschen Regierungen Kenntnis davon zu geben, daß der Verein n

r auf dem Boden seiner Frankfurter Beschlüsse vom Mai 1893 s

schr. f. Psychiatrie Bd. 62, S. 595 und 599), hat der Vorstand es als

enlich befunden, dem Anschreiben an die Regierungen und Provin

ltungen je ein Exemplar des *Weygandt*schen Referats über Idio

fügen, das die Veranlassung zu jenem Versammlungsbeschlusse

tte, weil dieser hierdurch am besten erklärt und begründet schie

eich ist jedem Vereinsmitglied ein Exemplar des *Weygandt*schen

gesandt worden. Für dies eigenmächtige Vorgehen des Vorstand

e dadurch verursachten Kosten erbittet der Vorsitzende die nacht

stimmung der Versammlung, die ohne Widerspruch gegeben wird.

Dann teilt er mit, daß der im vorigen Jahre auf Antrag vo

ngesetzte Ausschuß, (bestehend aus den Herren *Anton*, *Möller*,

eygandt) der die Frage der Idiotenfürsorge dauernd im Auge behalte

zwischen in Tätigkeit getreten sei und sich durch Zuwahl der Herren

nas, *Jentsch*, *Kluge* verstärkt habe. Ein Ergebnis dieser Tätigkeit

r Versammlung in einem von mehreren Kommisionsmitgliedern übernor

richt dargelegt werden.

Hierauf referiert *Stoltenhoff*-Kortau als Mitglied der Kommiss

rtbildungskurse der Anstaltsärzte. Vom 10.—31. Oktober dieses Jahre

Digitized by Google

n Gebiete der Hygiene, inneren Medizin, Chirurgie, Pathologische
e, Psychiatrie und Neurologie. Als Maximum sind für diesen Kur
25 Teilnehmer vorgesehen. An 18 Arbeitstagen sollen 78—80 Stunde
werden. Die näheren Festsetzungen über den Inhalt der Vorlesunge
ch nicht ganz getroffen; doch wird derselbe bis Ende Mai als Pro
vorliegen. Es seien schon 20 feste Meldungen da. Möge auch dies
ltung zum Wohle unseres Standes ausschlagen.

beli begrüßt es, daß wir endlich aus dem Stadium der Versuche heraus
en seien und spricht den Dank des Vereines dem Komitee für da
Fortbildungsschulwesen in Preußen und den Berliner Klinikern aus
Institute zur Verfügung gestellt haben.

folgt dann das Referat:

ilbronner-Utrecht: „Sprachstörungen bei funktionellen Psy
mit Ausschluß der aphasischen Störungen."

ist für die generelle Betrachtung dringend nötig, so scharf als mög
schen primären essentiellen Sprachstörungen und den durch ander
re Symptome sekundär bedingten sprachlichen Äußerungen zu scheiden
genügt, Reiz- und Ausfallserscheinungen anzunehmen; die „Para
" läßt sich auf die eine oder andere dieser Störungen, eventuell ein
tion beider, zurückführen. Die rein formalen Änderungen infolg
nären Ausfalls sind zur Zeit von den sekundär bedingten noch nich
erheit abzugrenzen. Die inhaltlichen führen zu aphasieartigen Aus
ielleicht zum Agrammatismus.

e Reizerscheinungen (Rededrang, Sprechdrang) bedingen zuweilen
gs aber sehr häufig, quantitative Abänderungen: vermehrten Stimm
, Beschleunigung des Sprechtempos; dabei scheinen kurze Worte be
zu werden.

arakteristischer scheinen: häufigeres Sprechen, Steigerung der Pro
durch den Sprechakt selbst, das „Nichtaufhörenkönnen" und Rhyth
g.

en Formen des primären, essentiellen Rededranges gemeinsam ist di
hlichkeit, daß die sprachlichen Äußerungen nicht dem Zwecke de
igung und Mitteilung dienen und auch nicht zu dienen bestimm
eses Kriterium versagt bei wenigen Formen, die auch genetisch sich
gangsfälle darstellen.

Inhalte des primären Rededranges spielen eine wesentliche Roll
hleistungen des motorischen und sensorischen Sprachapparates. Hierhe
die eigentlichen Reihenleistungen, von denen aber ein Teil der Auf
n zu trennen ist, die vielfachen sinnlosen Sätze, in denen die ge
Satzform als Gerüst dient, die sprachlichen Reminiszenzen, Wort
gen und, als vorwiegend sensorisch bedingte Elemente, die Reime
onen und andere Klangassociationen.

bei aphasischen Störungen und beim Versprechen genauer zu verfo

Die Perseveration resp. Verbigeration ist als Folge einer unzur Produktivität aufzufassen; die Perseveration kann auch ursprünglich bedeutsame Elemente betreffen und so zu unrichtiger Auffassung Anl Außer den innersprachlichen Elementen kommen auch im Spra beim primären Rededrang noch exogene vor; hierher gehören — neb haften und affektiv ausgelösten — namentlich Ablenkbarkeit und Id

Von diesen ist die Ablenkbarkeit wahrscheinlich zum Teil Folge des Rededranges, für einen anderen Teil ist die Annahme mären Störung, die zur Ablenkbarkeit führt, nicht von der Hand z Sicher muß eine derartige primäre Störung als Ursache der Ideen nommen werden; dagegen ist der Rededrang die notwendige Vora für das Manifestwerden der Ideenflucht. Ablenkbarkeit und Ideenfl in ihrer Bedeutung für die Gestaltung des Sprachproduktes getren trachten; der Mitteilungsdrang des Manischen ist nicht ganz iden dem Rededrang schlechthin. Der Rededrang, Sprechdrang als so einheitlich aufzufassen; er kann quantitativ verschieden stark sein, verschieden lokalisiert gedacht werden, aber keine qualitativen D bieten.

Das Wesen des Reizvorganges, der dem Rededrang zugrunde noch unbekannt.

Unter den Sprachneubildungen sind streng zu scheiden: die v gebildeten Termini technici und diejenigen Neubildungen, die nach Gesetzen gebildet sind, wie die sinnlosen Komponenten im Rededr zumeist auch Residuen akuter Zustände darstellen. Analog zu b sind die Paralogien und die sogenannte Sprachverwirrtheit; die le zeichnet keine einheitliche Störung, sondern eine variable Kombin Erscheinungen.

Unsere Kenntnis der zusammengesetzten Störungsformen ist no aus lückenhaft, selbst ideenflüchtige und verbigeratorische Forme durch manche Übergangsformen verbunden; andere Formen, vor sogenannte inkohärente, sind bis jetzt nur ganz provisorisch nach Kriterien vereinigt.

Für diagnostische Zwecke sind deshalb die Sprachstörungen a dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nur mit größter Vorsicht ziehen. (Eigenb

Vorträge.

Pfister-Freiburg i. Br.: „Über Verbigeration."

Der Vortragende berichtet über psychologische und klinisch an verbigerierenden Katatonikern. Grundlage seiner Untersuchun eigene Fälle und die veröffentlichte Kasuistik. Nach kurzem Rück die Geschichte unserer Kenntnis der Verbigeration und die Anschau verschiedenen Autoren darüber, gruppiert er die Verbigeranten in s

gen das Bestehen beginnender oder ausgeprägter Sprachverwirrthei
ist, und in Fälle ohne Sprachverwirrtheit.
e Analyse der ersten weitaus größten Gruppe ergibt bezüglich der (münd
nd schriftlichen) Stereotypien unter anderem folgendes: die Wieder
betreffen Buchstaben, Buchstabenkonglomerate oder Worte, Satzteil
ze Sätze, die entweder ganz unverändert oder in mäßigen Variatione
hren. Die Stereotypien können sich dabei unvermittelt aneinanderreihe
ch nichtstereotype Worte, Sätze getrennt sein. Inhaltlich handelt e
den mehr elementaren Stereotypien um spracheigene, oft den Cha
n Interjektionen tragende Silben und um normal geformte Worte, Wort
ngen; häufiger werden aber fremdsprachlich anmutende Buchstaben
e, Wortneubildungen verbigeriert. Wo längere Duktus wiederkehren
mitunter noch Sinn verratende Sätze, die aber durch mehr minde
sprachliche (syntaktisch-grammatische) Entgleisungen oder durc
rwirrte Einschiebsel den beginnenden sprachlichen Zerfall erkenne
Häufiger aber handelt es sich um, wohl als dyslogische (paralogische
phasische Fehlbildungen zu deutende, unverständliche Äußerungen
gslose oder ganz unsinnige Wendungen (die sich reiterierend even
sonst noch sinnvolle Äußerungen immer wieder einschieben) oder (be
bei schriftlicher Verbigeration) agrammatisch nebeneinanderstehend
ft neu gebildete) Worte, zum Teil an Telegrammstil, manchmal auc
Kindersprache (Infinitivreden) erinnernd.
e differentesten Stereotypien können gleichzeitig, d. i. im selbe
sich finden. Häufiger aber ist ein gewisses Nacheinander: anfang
h in normal geformten, eventuell sinnvollen Sprachgebilden verbigeriert
eren Verlaufe der Krankheit nehmen die Wortverfehlungen, falsche
ppierungen zu; elementare Stereotypien (Laute, Silben, Worte –
ugebildeter Art) sind daher späterhin häufiger als zu Anfang.
s an sonstigen Äußerungen von den Verbigeranten produzier
i. was außerhalb der verbigeratorischen Attacken gesprochen wird
s sich eventuell zwischen die Stereotypien einschiebt, zeigt, wi
weiter ausführt, in Beziehung auf den sprachlichen Zerfall nich
enauen Parallelismus mit den verbigerierten Sprachgebilden. Ebens
d der Sprachverwirrtheit und die zum Teil auf mühsam vom Rede
berwundene Sperrung deutenden Auffälligkeiten des Sprechens selte
nal: explosives Voziferieren, rhythmisch-absetzendes Herausschreie
det sich auch bei bez. Sprachform (und eventuell Inhalt) kaum auf
Stereotypien. Umgekehrt werden oft stärkster Gallimathias, rein
he Neubildungen flüssig und ohne jede Anstrengung verbigeriert.
ch kurzen Bemerkungen über Prognostik, Verlaufsweise der verbi
chen Attacken wendet sich Referent zur Besprechung der Katatonie
welchen ausgeprägtes Verbigerieren besteht, ohne daß sprachlich
serscheinungen nachweisbar sind. Als passagere Erscheinung

uch in den zuerst scheinbar zu dieser Gruppe II gehörigen Fälle
ald Erscheinungen der Sprachverwirrtheit in den stereotyp wiederke
der sonstigen Äußerungen (progressiv) zu zeigen. Nur ausnahmsweis
ies bei lange Zeit hindurch verbigierenden Kranken ausbleiben. I
ie der seit acht Jahren vom Referenten beobachtete, ist seines
icht bekannt; derselbe dürfte durch seine Eigenart auch auf die Path
er Störung besonderes Licht werfen. Es handelt sich um eine lente
erlaufende Katatonie bei einem mit 27 Jahren erkrankten, 49 Jah
aufmann. Neben leicht negativistischen Erscheinungen, Bizarrerien, H
sw. Stereotypien besteht seit (wenigstens) acht Jahren Verbigerieren.
der auf alle möglichen psychischen Reize (Besuche auf der Abteilung,
n beginnt Patient bestimmte (mit im Krankheitsbeginn aufgetreten
olgungs - Größenwahnideen oder früheren Erlebnissen zusammenhä
hemata ununterbrochen, oft stundenlang, mit etwas monotoner
timme zu verbigerieren; 1899—1901 täglich 5—7 und mehr Stunde
eniger lang. Ursprünglich war Patient oft tagelang nicht von einen
ozubringen, später konnte man ihn durch Vorsagen der Stichwort
nderes „umschalten"; jetzt wechselt er öfters spontan mit den weni
otypien, die er verbigeratorisch vorbringt. Bemerkenswert ist dal
rstens Erscheinungen sprachlichen Zerfalls noch ganz fehlen, die
ontrolle völlig intakt ist (nur Flüchtigkeitsfehler kommen gelegentli
weitens, daß Patient insbesondere 1899—1900 die gleichen Ideen n
ündlich und schriftlich in deutscher Sprache, sondern ebenso in
eläufigen Französisch verbigerierte — ebenfalls frei von Sprach
eitssymptomen; alle seine verbigeratorischen Äußerungen sind des
hne ihren wesentlichen Charakter einzubüßen — auch in indirekt
iederzugeben, was bekanntlich bei den anderen Verbigeranten ni
all (*Neisser*).

Der ganze Verlauf des Falles, einige Eigenheiten (bez. deren
ngehende Publikation verwiesen wird), das Fehlen von sprachlichen
scheinungen und besonders das Verbigerieren derselben Themata i
prachen erweisen nach Ansicht des Referenten, daß hier (und in a
ällen) das wesentliche ursächliche Moment für die ständige Wiederk
lben Worte und Sätze nicht im Sprachapparat selbst gelegen
ndelt sich nicht um eine „Einschränkung des Sprachvorgangs auf be
otorische Bahnen" (*Wernicke*), um „Erregung aus dem harmonischen
ziativen Zusammenhange mit der Umgebung gerissener Partien des
ntrums" (*Bresler*); es sind nicht organisch funktionelle Widerstä
ei bestehendem Redetrieb ein Loskommen von denselben Worten ers
möglich machen, nicht „spezifische Hemmungen maßgebend, die s
ededrange entgegenstellen und so auf die Verbigeration von formge
nflusse sind" oder eine „automatische Tätigkeit des emanzipierten ere

erbigeranten zum Teil zutreffen mögen. Die im vorliegenden Falle gerieren bedingende Störung muß vielmehr jenseits des eigentlichen rganges gelegen sein. Anomalien in den Vorgängen, welche der dung vorausgehen, also (formale) Störungen im Bereiche des Vor- ind hier als die wesentlichen Entstehungsbedingungen des Symptoms n. Und zwar scheinen dem Referenten gewisse symptomatische Be- ten zu erhärten, daß nicht etwa dissoziierende Prozesse, einengende gen (wie sie ja zu einer Einschränkung, Monotonie des Vorstellungs- führt haben könnten) die Ursache des ständigen Wiederauftauchens Ideenkreise bilden. Dieses ist vielmehr nach allem bedingt durch e Reizvorgänge, durch eine besondere Ansprechbarkeit, infolge ieselben Vorstellungen zwingend immer wieder ins Bewußtsein und licher Formulierung gedrängt werden.

Fall gestattet also die Frage, die *Ziehen* (Lehrbuch) offen läßt, e Verbigeration die motorische oder Vorstellungsstereotypie wesent- welche Frage andere direkt zugunsten der sprachmotorischen Ste- entscheiden, (für analoge Fälle wenigstens) dahin zu beantworten, t das reiterierende Auftreten von Sprechbewegungsbildern, Wort- gen, sondern bestimmter Gedanken den Ausgangspunkt des münd- d schriftlichen Verbigerierens bildet. Trotzdem wird man hier nicht „psychologischen" Motivierung des fortwährenden Abwandelns der (wahnhaften) Ideen sprechen können: die Vorstellungen sind ja längst ünglichen Affektes entkleidet, nicht mehr Triebfedern entsprechender en, ihr (Wieder-) Auftauchen ist ein durchaus automatisch-zwingendes. also höchstens eine „Pseudomotivation" für ihre sprachliche Um- vor. Jetzt wenigstens, denn ob dies hier (bzw. in etwaigen ana- len von katatoner Verbigeration) auch schon im Beginn des Verbi- der Fall war, oder ob man da nicht noch sogar von „psychologischer" ng sprechen kann, erscheint dem Vortragenden auf Grund eigener ngen sehr diskutabel. — Nach Hinweis auf die Abänderungen, e bisherige Definition des Verbigerierens der Katatoniker nach dem rten erfahren muß, wirft Vortragender zum Schluß die Frage auf, ob leicht öfters, als gemeinhin angenommen wird, die gleiche — intra- e — Genese des Verbigerierens vorliegt und nur verkannt wird s Bestehens stärkerer Sprachverwirrtheit. Es ist ja denkbar, daß ungsstereotypien nach Entäußerung drängen, an ihrer Stelle aber ose Wendungen, Wortneubildungen reiterierend produziert werden weil die gleichzeitig im zentralen Sprachapparat vorhandenen Zerfalls- ungsvorgänge ihr kenntliches Zutagetreten unmöglich machen, indem der stereotypen Gedanken (infolge der paralogisch-paraphasischen ngen) nur unverständliche Rudera derselben geäußert werden.

h in anderer Weise könnte der Sprachzerfall das Zutagetreten rich- tellungsstereotypien untergraben. dadurch nämlich, daß (wegen der

wendung) überhaupt nicht mehr gleichartige Sprachgebilde durch di
wiederkehrenden Ideen angeregt werden können: Es finden bei der
des Gedankens zum sprachlichen Ausdruck fortwährend die versc
paralogischen Entgleisungen statt; die Vorstellungen vergreifen sich,
nach allen Seiten, so daß alsbald an Stelle der ganz verborgen
gedanklichen Stereotypien nur ein ständig wechselnder Gallimathi
ziert wird, in welchen wir tatsächlich die Verbigerationen sprach
Katatoniker mitunter rasch auslaufen sehen. (Eigen

Diskussion: *Neisser* möchte nur kurz zum Ausdruck bring
Herrn *Pfister* durchweg beistimme, auch da, wo derselbe einigen
ihm formulierten Anschauungen entgegengetreten sei. Nur an eine
möchte er *Pfister* gegenüber festhalten, daß nämlich zur Kennzeic
Wesentlichen bei einer Verbigeration die Wiedergabe in direkter
forderlich sei. Er glaube, daß ihm alle Anwesenden beistimmen wi
auch das von Herrn *Pfister* hier mitgeteilte Beispiel seine charak
Eigenart vollständig verloren haben würde. Er lege darauf Gewicht,
eine über das Deskriptive hinaus etwas tiefergreifende Bedeutung
Es sei dies nämlich damals der von ihm gemachte erstmalige Ver
Scheidung zwischen den formalen Störungen der Bewußtseinstät
den inhaltlichen Störungen gewesen. Inzwischen — seine Arbeit lie
18 Jahre zurück — sei diese Unterscheidung Gemeingut geworden
Wernicke und andere viel tiefgründiger und umfassender durchgefi
eine aber gebe er dem Herrn Vortragenden zu, daß bei diesen
Verbigeration in fortlaufender Rede, wofür der mitgeteilte Fal
hübsches Beispiel biete, die Annahme nicht von der Hand zu w
dürfte, daß nicht lediglich ein den Sprachapparat betreffender Reiz d
zur Verbigeration gegeben habe.

Pfister verweist auf die Publikation, die seine Ausführung ei
begründen werde, als dies im kurzen Vortrag möglich sei. Der U
liege seines Erachtens bei seinem Fall gerade darin, daß die bei d
Verbigeranten in den Stereotypien oder Einschiebseln zumeist de
tage tretenden sprachlichen Zerfallserscheinungen (Anakoluthe, Ag
men, Neubildungen usw.) die Wiedergabe in indirekter Rede unmöglic
während hier eine Umsetzung der deutschen wie französischen Vozi
Wort für Wort möglich sei, ohne daß Spezifisches zerstört werde.

Rosenfeld-Straßburg i. E.: „Über psychische Störu
Aphatikern."

Wenn man die Krankengeschichten der Aphatiker durchgeht,
die in der älteren Literatur niedergelegten, so wird man in ein
Zahl derselben nur spärliche Angaben über die allgemeinen geistig
keiten, speziell über die Intelligenz der Kranken, finden. Das lieg

mentlich, wenn es sich um sensorisch-aphasische oder um paraphas
anke handelt, bei denen es eben oft nicht gelingt, Fragen zum vollen
nis der Kranken zu bringen. So kann es leicht vorkommen, daß
elle Defekte durch die genannten Störungen vorgetäuscht werden.
he Irrtümer sind tatsächlich nicht selten passiert. *Liepmann* hat
vor kurzem darauf hingewiesen, daß die von *Griesinger* beschriebenen
gsverwechslungen später fälschlicherweise von namhaften Autoren
el des Wortverständnisses bezogen wurden. Ferner war die Haupt-
amkeit der Beobachter darauf gerichtet, eine genaue Lokalisation
ungen zu erreichen und die klinischen Symptome unter gewisse
einzuordnen, welche auf der Vorstellung basierten, daß den ver-
n Aphasieformen anatomische Läsionen der verschiedenen Zentren
en Verbindungsbahnen entsprechen müssen. So stellten *Lichtheim*
und *Bastian* besondere klinische Formen nach örtlicher Lokalisation auf.
n wird *Monakow* recht geben müssen, wenn er in der neuesten Auf-
er Gehirnpathologie sagt, daß die Frage nach der wirklichen Ein-
geistigen Fähigkeiten bei Erwachsenen, welche einen scharf um-
Herd in der Sprachregion haben, noch eines eingehenden Studiums

ürlich war es den Beobachtern durchaus nicht entgangen, daß die
Fähigkeiten der Aphatiker oftmals, ja vielleicht immer von der Norm
. Sie finden bei *Kußmaul* bereits den nachdrücklichen Hinweis auf
hungen der Wortamnesie zu der Intelligenz. Nach *Lichtheim* ist
stische Aphasie überhaupt nur eine Teilerscheinung von allgemeiner
isschwäche. *Naunyn* pflegte stets auf die allgemeinen psychischen
n der Aphatiker hinzuweisen, die namentlich bei dem Versuch, die
wieder zu erlernen, zutage traten. Also daß allgemeine psychische
n die als Herdsymptom aufgefaßten aphasischen Störungen begleiten
st schon lange bekannt.

gekehrt wurde nun aber auch beobachtet, daß in Fällen, bei welchen
n klinischen Verlauf und eventuell auch nach der Autopsie eine ganz
chädigung des Gehirns und überhaupt keine anatomischen Veränder
nzunehmen waren, Symptome, speziell auch aphasieartige Symptome
et wurden, die in anderen Fällen auf eine herdförmige Erkrankung
führt wurden. Die Beobachtung, daß durch hypnotische Suggestion
ei Störungen der Sprache, wie die Alexie und Agraphie, hervorgerufen
daß unter Alkohol- und Chloroformintoxikationen mangelndes
rständnis, Wortamnesie und asymbolieartige Symptome zustande
wiesen darauf hin, daß die Änderung der allgemeinen psychischen
fähigkeit im einzelnen Falle eine große Bedeutung für das Zustande
aphasischer oder asymbolieartiger Symptome haben kann. Es lief
er nachweisen, daß nach schweren Kopftraumen aphasische Störungen
zustande kommen können, daß eine zeitliche Verzögerung de

zu einer Zusammenfassung der eimzelnen Eindrücke innerhalb e
einheit gelangen konnten.

Es wurden ferner von verschiedenen Seiten Fälle mitgeteilt,
die klinischen Symptome auf eine zirkumskripte Hirnerkrankung h
und in der Sektion eine diffuse Veränderung gefunden wurde. D
sind für die Aphasieforschung von Bedeutung geworden, und *H*
stellt in seiner bekannten Arbeit über Demenz und Aphasie die t
Behauptung auf, daß wir in einem Falle einer scheinbar ganz zirku
Läsion gar nicht wissen können, inwieweit das klinische Bild
groben Herd oder durch sekundäre, mehr diffuse Schädigung des g
hirns zustande kommt. Alle diese Beobachtungen lehrten, eine ge
sicht walten zu lassen, wenn man scheinbar isolierte, anatomisc
für die klinischen Symptome verantwortlich macht; sie lenkten imm
von neuem die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der allgemeinen ps
Störungen für das Zustandekommen sogenannter Herdsymptome.

Welche psychische Symptome wurden nun bei Aphasie be
Insbesondere, welche Symptome sprachen für die Abnahme der In
(N.B. Immer nur in bezug auf den erwachsenen Menschen mit zirku
Läsion in der Sprachregion.) Man findet darüber folgende Angab
Literatur:

Es werden erwähnt: Indifferenz dem Leiden gegenüber, Abn
Interesses für die Umgebung, Abnahme des Interesses für den eigen
Die Störung des Wortverständnisses kommt dem Kranken nicht in
zum Bewußtsein, wie etwa bei den subkortikalen Läsionen, welche als
bezeichnet werden. Der Worttaube scheint nie um eine Antwort
auch wenn er die Frage offenbar gar nicht verstanden hat. Er
gelegentlich in ganz unpassender Weise. Dadurch entstehen Vorbei
sogenannte Scheingespräche. Ferner hinterlassen die unmittelbar vo
gesprochenen oder gehörten Worte nur geringe Spuren im Gedächt
sam eingelernte Vokabeln werden sehr rasch wieder vergessen, w
eine dauernde Übung stattfindet. Urteilsschwäche, Herabsetzung der
schärfe und Logik werden von anderen Autoren als Begleitsymptome d
erwähnt. Auch die Agraphie wurde seinerzeit als ein stets bei de
vorhandenes Symptom geschildert, während in der letzten Zeit die Ex
isolierten Agraphie gelehrt wird.

Manche Fälle in der Literatur sind nicht einwandsfrei, weil ei
Erkrankung, insbesondere die Arteriosklerose, nicht immer ausge
werden konnte.

Über die Häufigkeit des Vorkommens psychischer Symptome
Aphasie sind folgende Angaben zu machen:

Nach *Monakow* braucht die Intelligenz trotz bestehender Wo
nicht unter allen Umständen schwer gestört zu sein. Ein völlige
psychischer Symptome kommt aber kaum vor. Nach *Bastian* wird

Digitized by Google

zirkumskripte ist, eine mehr oder weniger deutliche Abnahme der Symptome beobachtet, im Gegensatz zu der Aphemie, welche von en Störungen absolut frei sein muß. Die Gründe, welche *Bastian* ngt, sind die, daß durch die Aphasie das Gehirn tiefer und weit- geschädigt wird als bei der Aphemie, und daß bei der Aphasie e Art des Wortgedächtnisses ausgeschaltet wird. Da diese Partial- sse in ihrer Bedeutung für das Denken sehr verschieden sind, so greiflich, ja direkt zu erwarten, daß die Läsionen der Zentren, welche dem Ausdruck des Denkens als mit dem Denken selbst zu schaffen geringeren Maße zu Störungen der Intelligenz führen werden. Die e Anschauung scheint also dahin zu gehen, daß bei motorischer lie Begriffe als solche, die Ordnung der Gedanken, die Urteilskraft r nur wenig beeinträchtigt sind, und daß kompliziertere geistige ngen, die ohne Worte sich vollziehen, gut vonstatten gehen (Spiele, rten von beruflicher Tätigkeit).

onen in denjenigen Hirnpartien, welche mehr die perzeptiven nponenten enthalten, also namentlich den Temporallappen, sind für meinen psychischen Funktionen verhängnisvoller. Es erscheint verständlich, daß die Störungen im Sprachverständnis sowie der n Fähigkeit, Klangbilder innerlich zu wecken, auf die Dauer die ft und logische Schärfe der Gedanken herabsetzt, auch wenn keine dheit und Asymbolie besteht. Die perzeptive Selbstkontrolle bei lichen Produktion fehlt: dies wird ebenfalls auf die Ordnung des ablaufes und auf die Bildung zusammenhängender Vorstellungsreihen ünstigen Einfluß haben.

es nun überhaupt sicher beobachtete Fälle von Aphasie, und bei Herden in der *Broka*schen Windung ohne Agraphie, in denen e Störungen vollkommen vermißt wurden? *Banti* beschreibt einen all und *Bastian* meint, daß die Abnahme der geistigen Funktionen Falle nicht stärker war als in einem Falle von Aphemie. *Bastian* ner, er würde diesen Fall nach den klinischen Symptomen allein komplette Aphemie gehalten haben. Man könne also allein aus dem Verhalten in solchen Fällen nicht mit Sicherheit die Differential- zwischen Aphasie und Aphemie machen. Das, was in jenem Falle en intellektuellen Leistungen konstatiert wurde, dürfte aber doch Norm zurückbleiben. Dasselbe gilt auch von manchen anderen i welchen die Intelligenz angeblich intakt befunden wurde.

ießlich ist für das Zustandekommen und die Art der aphasischen och von Bedeutung, welcher Art die Erkrankung ist, inwieweit eine rkrankung vor dem Einsetzen der akuten herdförmigen Störung hat, wie lange die Erkrankung besteht, wie alt das erkrankte n ist, und ob es sich im gegebenen Falle um sogenannte Hör- oder nen handelt. Das Affektleben kann bei Aphasischen gestört sein

Digitized by Google

affektive Ausdrucksbewegungen mit oder ohne tiefen Affekt bestehe
Jedoch ist es in vielen Fällen sehr fraglich, ob derartige Störungen
durch Erkrankung der Sprachregion direkt oder indirekt zustande ko
herdförmige Läsionen durch Gefäßerkrankung (Arteriosklerose) hä
viduen treffen, welche schon vorher an deutlichen affektiven Stör
litten haben.

Diejenigen Fälle nun, bei welchen große Herde bestehen und
sorisch-aphasischen Störungen sehr hervortreten, bieten, wie oben er
Untersuchung große Schwierigkeit.

Besonders geeignet für die Untersuchung erscheinen also
motorischer Aphasie oder solche Fälle, in denen nach dem klinis
lauf oder nach der Ätiologie nur eine ganz geringfügige Beschä
perzeptiven Sprachregion sich annehmen läßt, bei denen das Sprachv
und die Wortfindung nur in geringem Maße gestört sind und ein al
über das ganze Gehirn verbreitetes Hirnleiden auch ohne Sektion
schließen läßt.

Über solche Fälle möchte ich hier berichten, und zwar nu
klinisches Verhalten, ohne die Lokalisationsfrage zu berühren.

Bei den Untersuchungen bediente ich mich des Schemas für die
prüfungen, welches *Rieger* aufgestellt hat, und der Schemata für
tierung, das Assoziationsvermögen und das Rechenvermögen nac

Bei einer 42jährigen gebildeten Frau mit Mitralstenose
leichten zerebralen Symptomen ganz plötzlich Sprachverlust ohne an
symptome auf. Als sie zuerst zur Untersuchung kam, fand sich
deutliche Erschwerung der Wortfindung, eine ganz geringe St
Wortverständnisses und Paraphasie. Es ließ sich nun folgend
tieren:

Perzeption und Apperzeption erwiesen sich als ungestört. D
und akustische Merkfähigkeit war reduziert. Dies ließ sich nachw
Lesen weit auseinander stehender Buchstaben, beim Versuch mit
beim Fingerversuch, und beim Nachsprechen von Worten nach kü
längerer Zeit. Auch beim Rechnen, speziell beim Multiplizieren un
zweistelliger Zahlen, trat die Störung deutlich hervor. Das iden
Erkennen ohne Sprache war intakt, auch für Buchstaben und
der unmittelbaren Nachahmung lag die Gedächtnisgrenze bei
Zahlen. Bei der Prüfung der durch rein innere Assoziation a
Vorstellungen zeigte sich, daß die Kranke das Alphabet nicht n
richtigen Reihenfolge sagen konnte. Die anderen Vorstellungsreih
hier in Betracht kommen, waren ungestört. Die Antwort „nein
stets längere Zeit als die Antwort „ja"; die Patientin konnte w
singen noch nachpfeifen, was ihr früher durchaus möglich war.
welche sie auswendig gekonnt, sind auch jetzt noch richtig repr
Reizworte (Tabellen von *Sommer*) wurden einfach wiederholt.

gte ihren Haushalt, machte Einkäufe und benahm sich vollkommen
Ihr allgemeines Benehmen war so, daß bei oberflächlicher Betrach-
haupt eine Störung nicht hervortrat.

gleicht man mit diesem Falle die Protokolle, welche nach derselben
bei einer 40jährigen Frau mit linksseitiger, totaler Lähmung auf-
n wurden, so findet man, daß hier die Merkfähigkeit vollkommen
die Gedächtnisgrenze erst bei achtstelligen Zahlen liegt; bei dem
uch traten keine Störungen hervor, das Auseinanderziehen der Buch-
edingte keine Störung der Lesefunktion, das Rechenvermögen war
ebenso die nach inneren Assoziationen ablaufenden Reihen. Reiz-
rden einfach wiederholt oder ins Französische übersetzt.

27jähriger Architekt erhielt eine Stichverletzung, die nach der Art
le den linken Schläfenlappen getroffen haben mußte. Der Kranke
t bewußtlos; er hielt sich unmittelbar nach dem Stich überhaupt
schwer verletzt; er wollte gleich nachher notdürftig verbunden in
eg gehen. Sein mangelhaftes Sprachverständnis kam ihm selbst
n Bewußtsein. Zunächst wurde eine sehr starke Störung der Wort-
des Sprachverständnisses und Paraphasie konstatiert. Vorbeireden
ingespräche fanden sich in diesem Stadium sehr deutlich. Später
das Sprachverständnis sich gebessert hatte und nur noch bei kom-
Fragen eine Störung zutage trat, bestand noch deutliche Paralexie.
ommen aufgehobenes Verständnis für das Gelesene. Die Prüfung
tischen Merkfähigkeit ergab auch jetzt noch eine hochgradige Stö-
wähnenswert ist noch die Art, wie der Kranke auf Reizworte reagierte.
die beiden anderen Kranken einfach die Reizworte wiederholt hatten
erte dieser Kranke die Reizworte in folgender Weise:

Fluß	wie hier die Ill
Tal	so ein Lauf
Stern	wie am Himmel ist
Magen	Magen, wenn man zu viel ißt.

h bei Adjektiven verhält es sich ähnlich:

breit	vielleicht so 4 Meter breit
hoch	vielleicht so 4½ Meter hoch
tief	ja unten oder so dazwischen.

n Schlusse, als alle aphasischen Störungen sich verloren hatten, blieb
eine leichte Störung der Merkfähigkeit und ein Unvermögen, die
em Kranken ganz geläufigen mathematischen Begriffe zu reprodu-
So brachte er z. B. den pythagoräischen Lehrsatz und Sätze aus
nometrie nicht mehr zusammen. Auch diese Störung verlor sich
Zeit.

gleicht man mit diesem Fall einen 37jährigen Mann, der eine
ige Lähmung und Aphemie vor einem Jahre erlitten hatte, welche
sich jedoch vollständig zurückgebildet hatten, so fand sich

Digitized by Google

eagierte.

Ein weiterer Fall betraf einen 37jährigen sehr intelligente chreiner, der eine schwere Gehirnerschütterung erlitten hatte. Hemisphäre war offenbar besonders stark betroffen. Dafür spra ortlichen Verletzungen, das Auftreten nur rechtsseitiger Krämpfe und phasische Störungen. Nach Monaten, als alle akuten Symptome gesc waren, nachdem das Sprachverständnis sich vollkommen wieder h hatte und das spontane Sprechen nach Form und Inhalt ungestört ich noch eine eigentümliche Störung im Lesen und Schreiben na lie als Paralexie und Paragraphie zu bezeichnen war und Zustänc vie sie bei Alkoholkranken gelegentlich vorkommen.

Einige Beispiele seien hier erwähnt:

Patient liest Buchstabenreihen ganz falsch, statt r u o liest e Statt Heimat „allemannisch", statt Journal „hochachtend", statt Kinder „nach der Rückkehr", on n'est jamais, er buchstabiert richtig dann „jami Johanna".

Eine Simulation dieser eigentümlichen Störung war auszus Patient hatte keinerlei Ansprüche auf Entschädigung. Hysterische S ehlten vollständig. An einzelnen Untersuchungstagen konnte de lie oben genannten Worte durchaus richtig lesen, er las dann ande Die Größe der Buchstaben war für das Zustandekommen der Stö Wichtigkeit; die Zahl der Fehler stieg umgekehrt proportional der G Buchstaben. Die optische Merkfähigkeit war gestört, die akustisc ähigkeit war gut. Der Kranke behielt sogar einzelne Fehler, die lauten Lesen gemacht hatte. Die Paralexie war in diesem Falle d Störung der Aufmerksamkeit zu erklären.

Nach zwei Jahren trat das Symptom der Paralexie nur da hervor, wenn man die Distanz der Buchstaben auf 3 bis 4 cm ver Der Spaltversuch ergab auch jetzt noch eine deutliche Störung.

Schließlich sei noch ein Fall erwähnt, der dadurch von Inte daß es sich um ein zweisprachiges Individuum handelt, welches ga ich von einer totalen Hemiplegie mit Hemianopsie und totaler betroffen wurde. Es handelte sich wahrscheinlich um eine Embo Kranke hatte von Hause aus nur französisch gesprochen und hatte erst im 14. Jahr angefangen zu lernen. Die Restitution beider Sprac nun in folgender Weise statt: Der Kranke lernte zunächst nur das Ve für das Französische; an einem Untersuchungstage, an welchen er di Nr. 2, 3, 5 und 8 des *Sommer*schen Schemas vollkommen verstan ihm noch jegliches Sprachverständnis für Deutsch. Er sprach deu ganz sinnlos nach mit Wortverstümmlungen und französischem Perzeption und Apperzeption waren durchaus normal. Die nach Assoziationen ablaufenden Vorstellungsreihen konnten nur in fran

Digitized by Google

ben.

i seiner Entlassung war das Sprachverständnis für beide Sprache
nen wieder hergestellt; er konnte nur ungewöhnliche deutsche Wort
verstehen. Seine Merkfähigksit war im wesentlichen normal; nur be
ie Auseinanderziehung von Buchstaben noch eine deutliche Störung
wäre von Interesse, mit diesem Kranken andere aphasische zu ver
welche von Hause aus zweisprachig gewesen sind. Der einzig
Fall, den ich zu untersuchen bekam, betraf einen 62jährige
der beide Sprachen gleichmäßig gut von Jugend auf beherrschte
welchem plötzlich nach Art eines apoplektischen Anfalles eine Stö
s Sprachverständnisses und der Wortfindung aufgetreten war. Di
hung ergab, daß hier tatsächlich sehr wesentliche Unterschiede gegen
m vorigen Falle bestanden, insofern als beide Sprachen ziemlich
ßig getroffen waren. Es ist aber die Möglichkeit vorhanden, daß e
liesem Falle um eine allgemeine Gehirnarteriosklerose handelt un
einen isolierten Herd im Temporallappen.

s Aphasiematerial einer psychiatrischen Klinik pflegt nicht sehr gro
Nicht jeder Fall eignet sich zu derartigen Untersuchungen. Diese
möge es entschuldigen, wenn ich nur eine bescheidene Zahl vo
hungsprotokollen mitteilen kann. Sie können einen Beitrag liefern
psychischen Störungen bei und nach Läsionen der Sprachregion. Si
igen die Annahme, daß sensorische aphasische Störungen stets vo
psychischen Störungen begleitet werden. Ob die reine motorisch
ganz ohne psychische Störungen abläuft, werden erst weitere Unter
en zeigen müssen.

e genauere Analyse der einfacheren psychischen Störungen bei orga
Gehirnleiden wird für die Diagnostik der Gehirnkrankheiten noch
Bere Bedeutung gewinnen. (Eigenbericht.)

che-Freiburg: „Kritisches zur psychiatrischen Formen
)

unbefriedigende Zustand der psychiatrischen Formenlehre wird all
zugegeben. Trotz der Erfahrungen über die Entwicklung unsere
n Anschauungen besteht die Hypothese allgemein zu Recht, daß
chischen Störungen in bestimmten „Formen" verlaufen, die wir blo
ht kennen. Für einen großen Teil von Seelenstörungen ist die Ab
in gesetzmäßig wiederkehrenden anatomischen Befunden gegeben
erden durch identische äußere Momente u. dergl. zusammengehalten
dann noch ein Rest von psychischen Störungen, deren Gebiet der

---

Der nachstehende kurze Auszug ist nur bestimmt, die allgemeine
des Vortrages anzugeben; bezüglich aller Einzelheiten wird auf die
che Veröffentlichung verwiesen, die in *Gaupps* Zentralblatt erfolg

welche zur Zeit mit mehr oder weniger großer Befriedigung in den der akuten und chronischen Wahnbildung, der halluzinatorischen Ver der Stimmungsanomalien, des Stupors usw. untergebracht werden. leugbare Vorkommen aller möglichen Übergangsformen, die Aussicht einer allen gemeinsamen Identifizierung auf dem Wege einer imm differenzierenden Verteilung legt den Gedanken nahe, daß für die g Krankheitsgebiete das Streben nach reinen Krankheitstypen eine J einem Phantom darstellt; möglicherweise wird es sich hier um in Gestaltungen der psychischen Störungen handeln, die sich einem S wenig fügen wollen wie die Erscheinungen des Seelenlebens beim gesunden. Das Vorliegen von Gesetzmäßigkeiten überhaupt ist dam wegs bezweifelt; nur braucht sich die Gesetzmäßigkeit nicht darin tun, daß sie klinische Bilder liefert, die von den heute für wese haltenen Gesichtspunkten aus identisch sind.

Die Hoffnung, daß für die Abgrenzung und Einteilung der ges Krankheitsgebiete die pathologische Anatomie eine starke H werde, ist gering, so sehr diese Hoffnung bisher fast allgemein die setzung aller Erörterungen gewesen ist. Gerade das vielzitierte Be progressiven Paralyse ist geeignet, diese Hoffnung herabzustimmen, zeigt, daß bei einem verhältnismäßig einheitlichen anatomischen alle denkbaren Gestaltungen psychopathologischer Sympto kommen. Die Anwendung der Idee von einer demonstrablen patho Anatomie, z. B. der Stimmungsanomalien, der Ideenflucht, der Hemm auf konkrete Fälle führt zu ganz absurden Konsequenzen. Wir hal einen Anfang des Verständnisses für die Erzeugung psychischer A erscheinungen durch anatomische Prozesse; allen qualitati Teil flüchtigen Funktionsänderungen stehen wir in dieser Hinsicht g gegenüber. Wie soll die pathologische Anatomie da helfen bei der störungen, die sich gerade aus solchen flüchtigen qualitativen Ä zusammensetzen? Der Wert der notwendigen pathologisch-anat Durchforschung des Zentralorganes Geisteskranker wird dadurch mindert, daß man zu erkennen versucht, wo die Grenze der Leistung für klinische Fragen verläuft, und die klinische Arbeit würde dadu ärmer an Bedeutung, wenn sie aufhören würde, einen guten Teil ih an die vielleicht prinzipiell unlösbare Aufgabe einer befriedigende fikation zu setzen, solange noch in dem Ausbau der Symptomenleh zu tun bleibt. (Eigenb

Diskussion: *Alzheimer*: Herr *Kraepelin* würde dem Herrn Vor gewiß darin beistimmen, daß sich heute noch einer scharfen Abtren einzelnen psychischen Krankheiten außerordentliche Schwierigkeiten stellen. Einen Anspruch darauf, daß die heutige Fassung seines L etwas Fertiges darstelle, erhebe er selbst nicht. Es sei aber wohl

Digitized by Google

aber werde *Kraepelin* zugeben, daß sich die klinische Psychiatrie
f einem so vorgeschrittenen Standpunkte befinde wie die innere
und daß es fruchtloses und vergebenes Bemühen sei, in den Ver-
ie Krankheitsbilder schärfer zu umgrenzen, fortzufahren. Auf dem
doch schon manches erreicht worden, warum sollte er nicht noch
nren? Daß eine weitere Vertiefung der Symptomenlehre nötig sei,
ch in München betont.
s das anatomische Dogma betreffe, so bleibe er trotz *Hoches* Bedenken
r Anhänger desselben. Solange wir noch so weit von einer Er-
des Baues der normalen Hirnrinde entfernt seien, wie jetzt, erscheine
gerechtfertigt, zu sagen, manche psychische Krankheiten könnten
athologischen Befund haben. Dem manisch-depressiven Irresein, das
Vortragende herangezogen habe, könnten gewiß nur sehr subtile
ungen zugrunde liegen. Es habe auch noch niemand behauptet, sie
zu haben. Wie es der pathologischen Anatomie gelungen sei, die
ten organischen Psychosen aufzuteilen, so werde sie auch schließlich
zunehmenden Verfeinerung ihrer Hilfsmittel mit den übrigen fertig

klinischen Symptome einer Krankheit aus dem anatomischen Befund
en, habe er wiederholt als vorläufig völlig unmöglich erklärt. Auf-
pathologischen Anatomie könne es zunächst nur sein, verschieden-
ewebsveränderungen für die verschiedenen Psychosen festzustellen
upp: Ich stimme den theoretischen Ausführungen *Hoches* über die
hkeit, aus anatomischen Befunden psychische Symptombilder zu er-
zu, halte aber andrerseits den skeptischen Standpunkt des Vor-
n bezüglich der Schaffung von einheitlichen Krankheitsformen nicht
endig. Zweifellos verwischt der individuelle Faktor bei komplizierten
tsbildern bisweilen das „Typische" mancher Psychosen, macht aber
glaube, darum die Aufstellung einer psychiatrischen Formenlehre
nt unmöglich. Die Forschungsrichtung, die nach dem Beispiel von
n und *Kraepelin* vom klinischen Standpunkt aus zu klassifizieren
d dabei in den Ergebnissen der pathologischen Anatomie eine zu
wertvollere Unterstützung und Ergänzung findet, ist auch noch so
noch so wenig Gemeingut der Ärzte, daß eine Resignation, als ob
m Wege nichts mehr zu tun sei, verfrüht erscheinen muß. Ich gebe
friedigende und durchaus Provisorische der heute von *Kraepelin* be
ier Dementia praecox usw. vertretenen Anschauungen unumwunden
glaube, daß hier noch vieles anders werden wird und muß: ich sehe
diesem Umstand keinen Grund, die Bestrebungen, die eine klinische
hre vor allem zum Ziele haben, als aussichtslos zurückzustellen
irfnisse der Praxis, namentlich die Aufgabe der Stellung einer zuver
Prognose, sind so gebieterisch, daß sie uns immer wieder, trotz alle
ge im einzelnen, darauf hinweisen, an der Schaffung klinischer Krank

lieser Arbeit der feinere Ausbau der Symptomatologie, die ät
Forschung und vieles andere nicht vernachlässigt werden darf,
Hoche gerne zu.

Cramer stimmt im allgemeinen *Hoche* zu; nur in bezug auf
tomische Dogma" weiche er von *Hoche* ab und nähere sich *Alzhei*
jenigen Psychosen, welche bisher einen bestimmten pathologisch-anat
Befund erkennen lassen, seien Psychosen, welche klinisch durch
gleitung der Erscheinungen der Neuronerkrankung ausgezeichnet sei
lyse, senile Demenz, arteriosklerotische Atrophie, syphilitische Psych
den sog. funktionellen Psychosen habe man aber mit verschwinden
nahmen niemals die klinischen Erscheinungen der Neuronerkrankun
müßten deshalb auch ganz andere Befunde dabei erwarten, um so
bei diesen Psychosen die Krankheit sich immer in komplexen as
Störungen, deren Grundlage in der gesamten Hirnrinde zu suchen
gebe. Wir fänden aber hierbei fast immer etwas, wenn wir nur gen
suchten, wenn auch nichts charakteristisches. Dagegen seien wir
akute und chronische Psychosen zu unterscheiden.

Binswanger: Hinsichtlich des anatomischen oder richtiger path
histologischen Dogmas möchte er auf Grund folgender Konseque
Skepsis *Hoches* beipflichten. Alle die von *Alzheimer* erwähnten
(auch die Dementia praecox in ihren Endstadien) seien typische
mit bleibender Zellschädigung verlaufenden Formen psychischer Stör
sei die Feststellung des pathologisch-histologischen Befundes mög
auch schon Dank der Arbeiten *Nissls* und *Alzheimers* meist schon
Dagegen werde diese Feststellung unmöglich sein oder doch unvo
bei allen Fällen mit ausgleichbaren Schädigungen der Nervenzel
Neuronen. Hierher gehöre die Mehrzahl der akuten und sehr häu
toxische Schädlichkeiten verursachten Psychosen. Nur in den Fälle
tiefgreifenden allgemeinen Erkrankungen des Gehirns und andere
die im akuten Stadium zugrunde gehen, werde die anatomische
oder allgemeine Schädigung der Rindenneurone nachgewiesen; in
Heilung verlaufenden Fällen schwinde die anatomische Schädigung.
verständlich gebe es bei den nicht akut tötlich verlaufenden Fällen
gänge in eine unausgleichbare Schädigung mit dem klinischen Bef
ntellektuellen Defekte und dem anatomischen Befunde der Rindenerk
Trotz des durchaus erklärlichen Pessimismus — alle klinischen Bil
zerstört worden, bevor der Neubau des klinisch-symptomatischen
erreicht sei — werden wir nicht einer Negation aller klinischen D
verfallen, sondern überzeugt sein, mit genügender Sicherheit feste
der Diagnostik zu finden.

Buchholz-Hamburg: Wenn *Hoche* verlange, daß die pathologis
omie jede einzelne psychische Anomalie erklären solle, so müßten
eine Physiologie der Gehirnrinde haben, welche das normale Se

Digitized by Google

ob wir das jemals erreichen, erscheine ihm mehr als fraglich. Wir
ns daher mit Hypothesen zufrieden geben, daß ein normales Gehirn
nalen Ernährungsverhältnissen normal reagiere. Deswegen dürfe
die pathologische Anatomie mit der nötigen Vorsicht durchaus
er zu bearbeiten sein. Er halte es bei der weitgehenden Negation
ich, daß doch auch von einzelnen Seiten darauf hingewiesen werde,
uch etwas wissen. Das sei schon im Hinblick auf unsere vielen
forderlich. Daß unsere Anschauungen einem Wechsel unterworfen
he dabei nichts aus.

e (Schlußwort): Gegenüber den zum Teil mißverständlichen Auf-
meines Vortrages verweise ich auf die ausführliche Veröffentlichung.

Uchtspringe: „Ernährungstherapie der Basedowschen
it."

ragender glaubt auf Grund von mehrjährigen Erfahrungen beweisen
daß eine allen Komponenten des Stoffwechsels Rechnung tragende
asedowkranken gute Erfolge zu erzielen vermöge.

den Myxidioten hatte er trotz der durch Schilddrüsendarreichung
n lebhaften inneren Verbrennung regelmäßig beträchtlichen Eiweiß-
damit Erhöhung der Körperkraft beobachtet, wenn nur entsprechende
r von Kalorien, namentlich in Form von Fett und Eiweiß, stattfand.
e Beobachtung legte den Gedanken nahe, man könne auch bei der
zeitweise mit Hypersekretion der Schilddrüse einhergehenden
hen Krankheit, bei der ebenfalls eine erhöhte innere Oxydation
(*F. Mülller* u. a.), durch zweckmäßige Ernährung den Kräfteverfall
nd Mehransatz von wertvoller Körpersubstanz erzielen. Es schien
vornherein die Art der Nahrungsmittel nicht gleichgültig zu sein,
obachtung von alimentärer Glykosurie und auch von Diabetes bei
uf einen zu niedrigen Stand der Toleranzgrenze für Kohlehydrate
Kranken hindeuteten, um ohne Schaden ihren großen Brennbedarf
durch Kohlehydrate decken zu dürfen. Auf Grund dieser Er-
behandelte Vortragender zwölf Basedow-Fälle: bei neun von ihnen
onate hindurch genaue Stoffwechseluntersuchungen vorgenommen.
r Fälle schaltet Vortragender von der Beobachtung aus; sie zeigten
Verhalten einen Anklang an Myxidiotie. Den übrigen Fällen war
chtliche Niereninsuffizienz gemeinsam, meist bestanden Ödeme.
von Beginn der Behandlung an eine salzarme Kost, vorwiegend
eben; in den ersten Tagen trat durchweg Gewichtsabnahme ein,
tfernung der aufgespeicherten Salze und der dazu gehörigen Wasser-
rückzuführen war. Sobald die Salzausscheidung der Salzzufuhr
war in der Regel mit dem Schwinden der Ödeme und einer Ab-
Halsanschwellung eine wesentliche Besserung der Herztätigkeit
nderung der subjektiven Beschwerden festzustellen.

Digitized by Google

kohlehydratarmer Kost von 300 g, reduzierende Substanzen, und
maliger Darreichung von etwa 80 g Zucker trat auch die betreffen
art im Harn auf. Der Kalorienbedarf war bei den meisten Pat
fällig hoch, die Darmausnutzung überall recht gut. In einem Fa
eine im Vergleich zu normalen Verhältnissen auffällig ergiebige
aufnahme vom Darm aus festgestellt werden. Hier und in zw
Fällen war auch die Phosphorausfuhr im Urin sehr erhöht, so
Mehrzufuhr von Phosphor der Körper in Phosphorgleichgewich
werden mußte. Diese Beobachtungen von erhöhter Phosphora
Basedow werfen ein Licht auf den von *Latzko* beschriebenen Hi
Osteomalacie zu Morbus Basedowii. Aus der Stoffwechselbilanz d
ergab sich die Art ihrer Ernährung. Die Kochsalzzufuhr wurde
4 g täglich verringert, das Trinken beschränkt, die Menge der ve
Kohlehydrate herabgesetzt, die Nahrung durch Eiweiß und viel Fe
sehr hochwertig gestaltet. So gelang es ausnahmslos, eine du
von Körpersubstanz bedingte Erhöhung des Körpergewichtes, Rück
Basedowsymptome und Steigerung der Leistungsfähigkeit der vor
zienten Organe zu erzielen. Vortragender erläutert das Gesagte
teilung von vier Krankengeschichten, wobei er auf die Einzelheit
nährung näher eingeht. Eine Anzahl von Abbildungen der b
Patienten wurde demonstriert.

Zum Schlusse betont Vortragender die Notwendigkeit der
der normalen und pathologischen Stoffwechselvorgänge für den
und Neurologen und spricht die Hoffnung aus, daß die Ätiologi
mit körperlichen Veränderungen einhergehender Geisteskrankhe
Untersuchungen auf diesem Gebiete aufgehellt und auch für ihre
Angriffspunkte gewonnen werden mögen. Es sei nicht unwahrsch
die erbliche Belastung zu Nerven- und Geisteskrankheiten in vi
nicht ausschließlich oder vorwiegend auf einer von Haus aus m
Anlage des Nervensystems beruhe, sondern auch durch Funktio
dieses und jenes Stoffwechselorganes bedingt sein könne, das bei
Belastung versage und eine das Nervensystem und die Psyche
chronische Eigengiftung setze.

2. Sitzung nachmittags 2 Uhr.

Vocke-Eglfing-München: „Irrenanstalten sind Kranken
keine Verwahrungsanstalten für verbrecherische Enta
gemindert Zurechnungsfähige."

Der Vortragende bespricht die großen Schäden, die sich in
anstalten aus der Anhäufung der verbrecherischen Entarteten un
Zurechnungsfähigen ergeben, wodurch Sicherheitsmaßregeln notwen
die dem Charakter der modernen Irrenanstalten fremd seien. Die

Google

nenen Elemente, namentlich in Anstalten bei Großstädten, degradiert
zu Verwahrungsanstalten und gebe auch im Interesse der besseren
unter den Kranken und der Angehörigen der Kranken zu denken
an einem Extrem angelangt, gegen das eine kräftige Reaktion am
i. Große Schuld an diesen Mißständen trage unsere unvollkommene
tzgebung, die keinen Mittelweg zwischen Zurechnungs- und Unzu-
sfähigkeit kenne. Redner führt weiter aus, wie wenig diese Elemente
tlichen Behandlung bedürfen, und wie sehr sie die anderen Kranken
. Auch verweist er auf die bedenklichen Folgen des Sicherheits-
der strafrechtlichen Unverantwortlichkeit bei diesen Minderwertigen
könne nur geschaffen werden entweder durch Einführung der ge-
n Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetz und eines Strafvollzuges im
n Sinn oder durch einen grundsätzlichen Wandel in der Beurteilung
tachtung seitens der Sachverständigen. Für verbrecherische Geistes-
ollten eigene Verwahrungshäuser an die Korrektionsanstalten ange-
werden.

der Diskussion weist *Snell*-Lüneburg darauf hin, daß entweder der
Ton in einer Heilanstalt oder die Sicherheit der Verwahrung vor
Außenwelt gefährlichen Elementen Schaden leide: es sei daher für
nnten Elemente eine andere Art Anstalten nötig, Anstalten, die An-
zu den Strafanstalten wären. In der Praxis bestehe aber vorläufig
ssicht, diesen Plan verwirklichen zu können. Auch sei es schwer
geisteskranken Verbrechern und verbrecherischen Geisteskranken
cheiden; es sei besser, man sage, es gibt eine Art von Geisteskranken
nicht in die gewöhnliche Irrenanstalt passen.

user ist ebenfalls dieser Ansicht; es müsse etwas ganz neues ge-
werden, weder Korrektions- noch reine Irrenanstalt, aber unter ärzt-
tung. Übrigens könne man sich durch vorsichtigere Handhabung
bis zu einem gewissen Grade schützen.

mer fordert auf, einen Versuch zu machen, den Staat resp. die Ge-
rch den Wortlaut des Gesetzes zu zwingen, das den Irrenanstalten
teskranke, Epileptische und Idiotische" zuspreche; daraufhin könnte
„geistig Minderwertigen", „Psychopathen" usw. entlassen, voraus-
laß sich die Juristen wie gewöhnlich an den Buchstaben des Gesetzes

tenhoff weist auf eine in Westpreußen bestehende Anstalt für geistes-
Verbrecher hin, in der der Dienst aber keineswegs angenehm sei

upp-München: „Die klinischen Besonderheiten des psychia-
n Großstadtmaterials."

ner ging seit sechs Jahren der Frage nach, ob die großstädtischen Ver-
neue Ursachen in der Psychopathologie schaffen, die in anderen
Bildern Ausdruck finden, oder ob nur die bekannten Krankheits-

Digitized by Google

gung, das die *Kraepelin*sche Lehre namentlich bei den Ärzten der
nstalten und bei Kliniken, die gleich der Heidelberger den Charak
ändlicher Anstalten tragen, Zustimmung gefunden habe; dieser Zus
nüsse eine ähnliche Beschaffenheit des Krankenmaterials zugrunde
während die Großstadtkliniken unter anderen Eindrücken stehe
*Kraepelin*schen Anschauungen besonders über Dementia praecox und
lepressives Irresein beruhen auf immer wieder erneuten Nachuntersu
nd der Betrachtung der Endzustände, ein Forschungsprinzip, das
tets fluktuierenden Großstadtbevölkerung kaum durchzuführen ist,
len Großstadtkliniken das Studium sich mehr den Neurosen, der H
ogie, den aphasischen, asymbolischen und apraktischen Symptomk
uwendet und sorgfältige Einzelanalyse der Systematisierungsarbei
ogen wird.

Der Vergleichung des Materials steht von vornherein ein
chwierigkeit entgegen in den ganz verschiedenen Aufnahmebedingu
inzelnen Anstalten, in dem verschiedenen Überfüllungsgrad dersel
n der Verschiedenheit der Bezeichnung der Krankheiten. Nur bei
timmenden Aufnahmebedingungen, gleicher klinischer Auffassung
löglichkeit, alle Erkrankten stets aufzunehmen, kann man die Ve
rgebnisse ohne weiteres auf die Verschiedenheit der örtlichen Ver
eziehen. *G.*s Ausführungen stützen sich im wesentlichen auf H
nd München, wo er das Krankenmaterial aus eigener Anschauun
aneben zieht er aber noch eine große Reihe Anstalten in Vergl
onders Breslau und Frankfurt.

Der Hauptunterschied zwischen einer mehr ländlichen und ein
tädtischen Anstalt ist zunächst ein quantitativer. München hat 1
rste Aufnahmen gegenüber 530 in dem eher größeren Heidelber
ahmebezirk; der Unterschied ist lediglich eine Folge der freien Au
Die Landesirrenanstalten nehmen ferner nur einen kleinen Teil der
Kranken auf, da auf dem Lande die Kranken das öffentliche Leb
icht in dem Grade stören wie in den komplizierten Verhältnissen d
tadt. In die großstädtischen Anstalten kommen viel mehr jug
Kranke; ferner sind dort die wiederholten Aufnahmen derselben
iel häufiger.

In der Art der Psychosen ließen sich folgende Unterschiede
ieren: Besonders häufig ist in den Großstädten, auch in Münc
Paralyse; auffallend ist dabei die große Zahl der weiblichen Paralys
wofür *Kraepelin* die Teilnahme des weiblichen Geschlechtes am chr
Alkoholismus verantwortlich macht; nach *G.* erklären in München d
ausend Kellnerinnen, bei denen sich Alkoholismus und Lues nich
vereint finden, das Überwiegen der weiblichen Paralysen im Verg
ordischen Großstädten. Besonders groß ist in München die Z
Alkoholisten (1905: 253 m., 30 w. Aufnahmen), noch größer in F

Digitized by Google

lkenheit, chronischer Alkoholismus mit und ohne Rausch überwiegen
n, während eigentliche Psychosen seltener sind. Im Breslau da-
z. B. 58% aller männlichen Aufnahmen Deliranten. Die meisten
wegen alkoholischer Psychosen aufgenommen werden, sind Schnaps-
bwohl das Quantum Alkohol, das durchschnittlich im Süden und
nossen wird, gleich ist, kann es doch nach den Befunden nicht
sein, daß die Schädigung durch Bier allein einen anderen Charakter
die durch Branntwein. Der Münchener so weit verbreitete mittlere
us äußert sich als indolente Gemütlichkeit, Abstumpfung der
nd Initiative, sowie selbstzufriedene und träge Oberflächlichkeit.
ne Zunahme der Alkoholistenaufnahmen besonders in Frankfurt
davon her, daß die öffentlichen Organe sich mehr und mehr daran
aben, die Betrunkenen in die Klinik zu bringen. Die Großstadt-
eherbergen viel mehr Epileptische; in München waren 1905 65%
hronische Trinker; 27% wurden betrunken aufgenommen. Seltener
er das ausgeprägte manisch-depressive Irresein zu sein. Bei den
Kranken herrschen die Depressionszustände vor. Das Krankheits-
anisch-depressiven Irreseins ist bei Juden besonders häufig atypisch
egenerativen Zügen und psychogenen Anfällen kombiniert. Die
Manie trifft man ebenso wie die Cyclothymie namentlich bei der
Stadtbevölkerung. Die unter dem Sammelnamen „Dementia
begriffenen Krankheitsformen zeigen für Stadt und Land keine
en Verschiedenheiten; doch scheinen in München die nach dem
nsetzenden chronisch-paranoiden Erkrankungen (Paranoia completa
häufiger zu sein als in Heidelberg. Vermehrt sind in städtischen
die symptomatischen Störungen bei körperlichen Leiden, die infek-
irien, die urämischen Störungen, die deliranten Erregungen bei
sowie die Zahl der unklaren Fälle. In München werden ferner
Jahr mehr Fälle von Hysterie aufgenommen als an manchen
alten in Jahrzehnten; Ursache ist auch hier nur die Verschieden-
Aufnahmeverhältnisse; weitaus die Mehrzahl der aufgenommenen
stammt nämlich vom flachen Lande (von 70 nur 10 geborene
). Dies stimmt mit *G*s. sonstigen Erfahrungen überein, daß die
eineswegs ein Produkt komplizierter Kulturverhältnisse ist und sich
be bei der weiblichen Landbevölkerung in der Form der *Charcot*-
ade Hysterie findet. Sehr häufig sind in den Großstadtkliniken
Psychopathen oder pathologischen Persönlichkeiten, die in Landes-
fast ganz fehlen. Interessant ist das hiesige Großstadtmaterial
chtlich der Frage nach den wahren Ursachen der Selbstmorde, da
n die vernünftige Sitte herrscht, Personen, die draußen erfolglose
versuche gemacht haben, ohne weiteres der Klinik zuzuführen.
gen 85 Beobachtungen vor, die meist pathologische Grundlagen
aufweisen; eine einzige Person von den 85 ließ nichts Krankhaftes
25% waren ausgesprochen geisteskrank; die anderen waren

Psychopathische, Hysterische oder Alkoholisierte, die unter d
relativ geringer Erlebnisse in maßlose Affekterregung gerieten. In
Beziehung fällt das Großmaterial durch die Häufigkeit der Alkoho
und durch die buntscheckigen Formen der Dégénérés mit krimi
gungen. Endlich überwiegen noch die traumatischen Neurosen.

Das Ergebnis hinsichtlich des Einflusses des großstädtisch
auf die Erzeugung neuer Krankheitsformen ist demnach gering.
20—25% der Aufgenommenen überhaupt eigentliche Großstadtkr
statistischen Tatsachen sind jedenfalls geeignet, in allen Frage
gleichenden Psychiatrie zur größten Vorsicht zu mahnen.

Um 1/24 Uhr begann die Besichtigung der neuen psychiatris

3. Sitzung, Sonnabend, 21. April, vormittags 9 U

Siemens-Lauenburg erstattet den Kassenbericht. Ihm wird
der Herren *Alter* und *Zinn*, die die Berechnungen eingehend gep
von der Versammlung Entlastung erteilt. Der Jahresbeitrag wird
5 M. festgesetzt.

Moeli dankt den Herren, die die Führung durch die Klinik ü
hatten, und bedauert, daß *Kraepelin* selbst abwesend sei; seine
Kongreß in Lissabon sei aber auf allerhöchsten Wunsch Sr. M
schehen.

Es wird hierauf zur Vorstandswahl geschritten; statutengem
die Vorstandsmitglieder *Fürstner*-Straßburg und *Pelman*-Bonn
Fürstner bittet brieflich von einer Wiederwahl seiner Person
nehmen.

Peretti schlägt die Wiederwahl *Pelmans* vor und die Ne
Kraepelins an Stelle von *Fürstner*.

Die Versammlung tritt beiden Vorschlägen durch Akkla
Herr *Pelman* nimmt an; dem abwesenden Herrn *Kraepelin* wi
Wahl telegraphisch Mitteilung gemacht werden.[1])

Es folgen dann die Vorträge: *Alzheimer*-München: „Über
bau des Nervengewebes."

Wenn wir mit denselben Färbemethoden, welche uns ohne
Schwierigkeiten gestatten, eine Paralyse von einer senilen Der
Arteriosklerose oder Hirnlues zu unterscheiden, Gehirnschnitte vor
untersuchen, die an sogenannten einfachen Psychosen gelitten
erweist es sich nicht als möglich, den verschiedenen, klinisch al
Krankheiten entsprechende, für die einzelne Krankheit bezeich
änderungen nachzuweisen.

Nicht daß es hier an pathologischen Befunden überhaupt ma
*Nissl*sche Methode zeigt uns zunächst schon recht verschieden

Digitized by Google

[1]) Prof. *Kraepelin* hat inzwischen die Wahl angenommen.

eränderungen. Sie sind aber eigentlich zu verschieden und ihre
ng nützt uns recht wenig. Denn weil wir ihre pathologische Be-
nicht verstehen, läßt sich nicht viel mit ihnen anfangen. Wenn
einem Falle vorgeschrittenster Verblödung unter den zahlreichen
len, welche noch immer die Rindenbreite einnehmen, selbst viele
enn unter den unzähligen Achsenzylindern, die noch jedes Gesichts-
len, selbst Hunderte ausgefallen wären, wer will das feststellen,
ßig nachweisen? Die *Weigert*sche Gliafärbung zeigt uns dann in
llen eine pathologische Gliafaserbildung. Aber sie kann fehlen,
ieser Feststellung ist sie nicht mehr als ein Merkmal von charak-
r Bedeutung anzusehen. Auch an den protoplasmatischen Struk-
Gliaelemente zeigt die *Nissl*-Färbung feine Veränderungen. Aber
u zart und unbestimmt, als daß sie sich als Anhaltspunkte für eine
der pathologischen Prozesse verwerten lassen. Schließlich findet
an den Gefäßen manches Auffällige. Aber auch dies ist wieder
iedenartigen Krankheitszuständen nach so vielen Richtungen ähn-
man damit nicht weiter kommen kann.

nöchte selbst der, welcher schon eingehende Studien über die Ver-
der Hirnrinde bei den verschiedenen Geisteskrankheiten getrieben hat,
n an der Möglichkeit, daß die pathologische Anatomie der klinischen
e zu dem kleinen Nutzen, den sie ihr bisher gebracht hat, weitere
gen könne, Hilfe bringen könne da, wo sie es am nötigsten hat,
war typische Fälle in Gruppen zusammenfassen kann, wo es aber
em Kliniker gelang, durch das verwirrende Chaos der Krankheits-
arfe Grenzlinien zu ziehen.

n nun in der Wissenschaft ein Weg absolut nicht weiter führen
n tut man immer gut, sich zu überlegen, ob es denn der einzig
ist, und ob nicht ein anderer und andere Methoden etwas vorwärts
önnen.

n wir das wenige, was wir von der pathologischen Anatomie der
en funktionellen Psychosen, zunächst der zu geistigen Schwäche-
führenden, wissen, unter einen Hut bringen wollen, so zeigt es sich,
sich dabei im wesentlichen um regressive Veränderungen handelt.
eine Degeneration, ein Abbau des Nervengewebes statt. Von dieser
ausgehend, muß es uns obliegen, nach den Abbauprodukten zu
nd die verschiedenen Möglichkeiten und Arten des Abbaus genau zu

Kämen wir hier weiter, so hätten wir den großen Vorteil, mit
Beweisen für einen Untergang nervösen Gewebes arbeiten und die
on der Gewebsveränderungen viel genauer feststellen zu können.
e solche Art des Abbaus ist uns seit langem bekannt und hat viel
olfen, uns den Bau des zentralen Nervensystems besser aufzuklären:
chi-Degeneration. Durchschneidet man an irgendeiner Stelle ihres
Nervenbahnen, so verfällt der peripherische Abschnitt der Degeneration.
komplizierten chemischen Körper, welche die Nervenfaser aufbauen

Verbindungen abgebaut. Zuletzt bleiben Körper der Fettreihe übrig

Die *Marchi*-Degeneration nun spielt bei den hier in Frage ko
Krankheiten kaum eine Rolle. In besonders stürmisch verlaufene
finden wir zwar hin und wieder einen Markscheidenzerfall. Er k
nicht als charakteristisch für eine dieser Krankheiten betrachtet

Dagegen sehen wir in der Rinde aller zur Verblödung f
Psychosen eine beträchtliche Vermehrung des Fettes. Eine Präd
stelle für die Ablagerung desselben bilden die Zellen der Adventit
sie auch in der normalen Hirnrinde nicht völlig fettfrei, so finden
bei den verschiedensten psychischen Krankheiten oft geradezu vo
von Fettkörnchen und -kugeln. Bei den Infektionspsychosen, bei der
praecox, bei der Epilepsie, bei mancherlei anderen Krankheitszustä
sich das übereinstimmend nachweisen. Sofort erhebt sich nun di
ob das Fett in diesen Zellen gebildet wird oder anderswo entsteht
später von den Zellen aufgenommen wird. Recht viele Beoba
sprechen für die letzte Annahme.

Außer in den Adventitialzellen findet sich dann, zum Teil in
derer Art und Anordnung bei verschiedenen Krankheitsprozessen, a
in den Ganglienzellen und Gliazellen.

Bei den weiteren Untersuchungen erschien es dann wichtig fest
ob sich nicht auch schon höher konstituierte Abbauprodukte im
der Hirnrinde nachweisen ließen. Da hat nun die Betrachtung eine
heitsvorganges, der uns schon eine ganze Fülle pathologisch-an
ungemein wichtiger Funde geliefert hat, den Weg geebnet: die ama
idiotie. In der Rinde der amaurotischen Idiotie findet sich unge
Fett in den Adventitialzellen, in den von ihnen abzuleitenden Körnc
und in der Glia. Die Ganglienzellen aber zeigen sich vielfach nur
mit feinsten Fettkörnchen. Dagegen ließ sich ein anderes Dekons
produkt, ein protagonoider Körper in ungemein reichlichen Massen
den Ganglienzellen mit verschiedenen Färbemethoden elektiv darstel

Weitere Nachforschungen zeigten, daß ähnliche Körper
funktionellen Psychosen in verschiedener Anordnung und Menge vor
und daß gewisse netzförmige Anordnungen der färbbaren Subs
Ganglienzellen, wie sie das *Nissl*-Bild bei manchen chronischen P
zeigt, durch die Zwischenlagerung solcher Stoffe entstehen.

Daneben gibt es noch andere Abbauprodukte in der Nervenzel
aber es gelang bisher nur unsicher sie zu färben, so daß hier noch
Untersuchungen erforderlich sind. Etwas weiter sind wir dann mit
gekommen. Von dem *Weigert*schen Satz ausgehend, daß ein Unter
nervösen Substanz von einer Wucherung der Glia begleitet sein m
außerordentlich viel Zeit und Mühe verwendet worden, eine Gliafase
ung in der Hirnrinde bei den verschiedenen Psychosen nachzuweis
Arbeit ist nicht entsprechend entlohnt worden. So galt es die protoplas

Digitized by Google

mit Hilfe einer neuen Färbung die protoplasmatische Glia, besser vorher konnten, darzustellen. Die Methode hat sich dann noch infachen und verbessern lassen.

t aber zeigt sich, daß die Glia nicht nur mit einer Faserbildung e Ausfälle antwortet, sondern daß sich bei verschiedenen Krankden Gliazellen mit großem Zellleib in der Hirnrinde bilden, die gung zeigen Fasern zu produzieren, die amöboiden Gliazellen. iesen Zellen nun lassen sich wieder mancherlei Körnchen nach- wir als Abbauprodukte zu betrachten haben, und von denen wir Fettkörnchen hauptsächlich myelinoide und fibrinoide unterscheiden Manche Rinden sind ganz erfüllt von solchen mit Zerfallstoffen beellen.

i ist nun die interessante Tatsache hervorzuheben, daß diese Zellen ortsätze zu den Gefäßen haben und daß sich diese Körner von n Nachbarschaft der Ganglienzellen durch die Gliazelle und ihre hindurch bis in den adventitiellen Lymphraum hinein verfolgen ft sind gerade die Gefäße völlig umlagert von Gliazellen, die mit rnchen angefüllt oder in solche Körnchen zerfallen sind, dann ist ymphraum mit den gleichen Körnchen angefüllt. Möglicherweise mich noch ganz vorsichtig ausdrücken — ist dies der Weg, auf as Fett in die Adventitialzellen gelangt, von denen wir zuerst gehaben. Auch in den Maschen und Zellen des Pialgewebes be- dann den gleichen Zerfallsprodukten. Das sind die wesentlichen die auch durch zahlreiche Bilder erläutert worden sind. Was für die anatomische Abgrenzung der einzelnen Krankheitsbilder nen erst weitere Untersuchungen zeigen. Sie können erst langhreiten, weil es notwendig ist, vielfach andere Fixierungs- und ttel anzuwenden, als sie bisher üblich waren. Alkohol und Formol zum Teil die Körper, die wir darstellen wollen. Manche Bein deuten aber heute schon darauf hin, daß wir auf dem Wege en Schritt weiter kommen können in der Lösung der Aufgaben, thologischen Anatomie der Hirnrinde zufallen.

(Eigenbericht.)

en Vortrag anknüpfend, sprach *Binswanger*-Jena: Wer wie er sich eingehend mit der pathologischen Histologie der Großhirnrinde habe, werde gewiß den gleichen Eindruck von den mühevollen ltigen Untersuchungen *Alzheimers* empfangen haben: daß hier lang völlig unbekannte Wege der Forschung und der is eröffnet würden. Alle bisherige Arbeit mittels der etoden scheine ihm fast wertlos geworden zu sein; denn er so sagen dürfe, elektive Verwertung der klinischen Befunde auf h-histologischem Gebiete habe sie nicht ermöglicht. *Alzheimer*

von allen ihm Dank sagen zu sollen.

Alzheimer dankt *Binswanger* für die Worte der Anerkennu aber auch davor, allzuviel von den von ihm mitgeteilten Versu anatomischen Grundlage der funktionellen Psychosen näher zu ke erwarten.

Weiler-München: „Pupillenuntersuchungen bei Geistesk

Vortragender zeigt zuerst in Kürze den von ihm konstruierte meßapparat, den er zuerst bei Gelegenheit der Versammlung d bayerischer Psychiater im Jahre 1905 vorführte. Der Apparat ihm neuerdings vervollkommnet, wobei besonderes Augenmerk dara worden ist, das Licht der Nernstlampen besser auszunutzen, so mit dieser Belichtung ein Kinematogramm angefertigt werden kan früher notwendige Verwendung von Bogenlicht fort fällt. Ei Beschreibung des Apparates wird in nächster Zeit in den Monatsb Augenheilkunde erscheinen. *W.* führte dann eine kinematographische der Lichtreaktion der Pupille vor.

Mit dem älteren Apparate stellte er eine Reihe von Untersuc Gesunden und Geisteskranken an.

Der Gang der Untersuchung war folgender. Die Versuchsperso bevor sie sich an den Apparat setzte, 10 Minuten lang im Dunkel dem die Untersuchungen vorgenommen wurden. Dann wurden z Augen einer sehr schwachen Belichtung ausgesetzt, die eben nu um die Iris genau sichtbar zu machen. Nun wurde beiderseits der Pupille gemessen, dann das rechte Auge mit einem intens bestrahlt und wieder die Weite der rechtsseitigen Pupille notier wurde das linke Auge stark belichtet und nochmals die Weite beid festgestellt. Endlich wurden beide Augen gleichzeitig und gleichsta und wieder beide Pupillen gemessen.

Von gesunden Personen wurden 25 Männer und 25 Frauen Es zeigte sich dabei folgende bisher unbeachtete Reaktion. Na eine Auge, angenommen das rechte, mit einer bestimmten Lichtst wir „x", belichtet war, verkleinerte sich, wie zu erwarten stand, Pupille des rechten wie auch des linken Auges gleichmäßig un längere Zeit in der angenommenen Größe. Wurde nun auch das mit derselben Lichtstärke „x" beleuchtet, während die Belichtung Auges mit „x" belassen wurde, so kontrahierte sich sowohl die linken wie auch die des rechten Auges noch um eine weitere, g Größe. Diese Verengerung, die Vortragender mit sekundärer Li bezeichnete, blieb ebenfalls längere Zeit bestehen. Es zeigte si anderen Worten, daß bei Belichtung beider Augen mit einer Lichtstärke die Reaktion eine ausgiebigere war als bei Belichtung Auges mit derselben Lichtstärke.

der Untersuchungen der Pupillengröße und Pupillenbewegungen und Geisteskranker. Außer den oben genannten 50 gesunden Personen 50 Kranke, die an Epilepsie, 85, die an Dementia praecox e an progressiver Paralyse litten, untersucht.

Anfangsgröße der Pupillen, d. h. bei geringer Belichtung, fand sich esunden ein mittlerer Wert von 5,2 mm, für die Paralytiker ein n nur 4,4 mm. Die Pupillen der Kranken, die an Epilepsie oder ia praecox litten, wiesen größere Mittelwerte auf als die normalen, die ersteren 6,1, die letzteren 5,5 mm.

Reaktionsbreite bei beiderseitiger, gleichmäßig starker Belichtung die Gesunden 1,7, für die Paralytiker 0,4 mm; 33 % aller Paralytiker ne Lichtreaktion. Die Reaktionsbreite bei der Dementia praecox llenderweise mit einer Mittelzahl von nur 1,4 mm hinter den zurück, während die Epileptiker mit 1,9 mm alle anderen Gruppen

Bei der Prüfung der „sekundären Lichtreaktion" ergab sich das llige Symptom, daß bei 96 % der Fälle von Paralyse, bei denen Lichtreaktion nachzuweisen war, die „sekundäre Reaktion" fehlte. vei Kranken ließ sich keine pathologische Veränderung der Lichtachweisen, das heißt, sie reagierten ausgiebig, und die „sekundäre war vorhanden.

Fehlen der sekundären Reaktion wurde außer bei den vorgenannten n in keinem andern Falle bisher gefunden.

Vergleich mit den nach der neuen Methode gewonnenen Resultaten ogressiven Paralyse zeigte Vortragender eine Tabelle, auf der er n den Krankengeschichten von 550 Paralytikern, die nur mit einer Handlampe untersucht wurden, vorgefundenen Angaben die Verer Lichtreaktion aufgezeichnet hatte. Es fand sich in 41,3 % der ktorische Lichtstarre, in weiteren 40,5 % war die Lichtreaktion gering oder träge, in 18,2 % erschien sie ungestört. Weitere eigten die Verhältnisse der Pupillenreaktionen bei psychischen und eizen. Es wurden Schreck- und Schmerzreize angewandt, daneben eaktion bei geistiger Arbeit geprüft.

öge hier nur kurz über die Befunde bei der Dementia praecox verden. In 55 % war die Schreckreaktion deutlich zu sehen, in sie gering und in 9 % fehlte sie völlig. Ähnlich verhielt sich die ei geistiger Arbeit: in 52 % war sie vorhanden, in 35 % gering % fehlte sie. Bei sensiblen Reizen zeigte sie sich in 53 % deut- % gering, während sie in 12 % fehlte.

Vortrag wird in erweiterter Form in den „Psychologischen Arbeiten" elin erscheinen und wird im übrigen darauf verwiesen.

er Diskussion fragt *Hitzig*, ob bei der Auslösung der Reaktion auch das ursprünglich belichtete Auge sich nochmals

ausführlichen Darstellung eine eingehendere Mitteilung über di
darunter begriffenen Fälle.

Binswanger fragt, ob die Untersuchungen der Psychoreflexe
die Hysterie ausgedehnt worden seien, was *Weiler* verneint.

Hübner-Lichtenberg-Berlin betont, daß Dank der vollendeten K
des *Weiler*schen Apparates vieles, was bei Untersuchungen mit de
schen Lupe der subjektiven Auffassung und Übung des Untersuc
gegeben gewesen sei, jetzt exakt gemessen und dargestellt wer
Um so wichtiger sei die ziemlich weitgehende Übereinstimmung de
des Vortragenden mit denen *Bumke*s und *H.*s bezüglich der psych
sensiblen Reaktion. Es werde die nächste Aufgabe der Forschun
differentialdiagnostische Bedeutung der Reaktion zu prüfen.

Neisser-Bunzlau fragt, welche Anforderungen an die Krank
worden seien in Haltung, Stellung usw., damit man sich einen Beg
könne über das Material.

Hoche beglückwünscht den Vortragenden zu dem Besitze ein
trefflichen Apparates und noch mehr zu der Fähigkeit, ihn sich
konstruieren; *Bumke*, dem wir ja die Entdeckung des Fehlens d
reflexe bei gewissen psychischen Zuständen verdanken, habe sich
bescheidenen Hilfsmitteln behelfen müssen. An der zahlenmäßige
zwischen den Freiburger und den hiesigen Zahlen sei sicher die
weite Fassung des Begriffes der Dementia praecox schuld; wenn m
ausgesprochene Fälle, namentlich mit katatonischen Erscheinungen, b
sei das Vorhandensein der Psychoreflexe nicht häufig. Irrtümer in
des Pupillarverhaltens seien namentlich bei sehr weiten Pupillen,
Angstpupillen, möglich, so daß das Symptom zur differentiellen
z. B. von melancholischem und katatonischem Stupor, nicht immer i
der Untersuchung brauchbar sei; auch hier indes bringe der Ve
Zeiten, in denen eine sichere Schätzung des Pupillenverhaltens mög

Alzheimer hält ergänzende Untersuchungen zu dem *Weiler*sch
an einer größeren Pflegeanstalt für sehr erwünscht. Da bei de
des Krankenbestandes der Münchener Klinik leichte und frische Er
fälle ganz außerordentlich überwiegen, vorgeschrittene Fälle von
praecox und verblödete Epileptiker aber nahezu ganz fehlen, ers
das Verständnis der klinischen Bedeutung einer Änderung der p
Reflexe eine Heranziehung eines anders gearteten Materials nöt
leicht möglich, daß sich dabei die von *Weiler* gefundenen Prozentz
unwesentlich änderten.

Heilbronner fragt um Auskunft, auf welche Formen von Epi
die Untersuchungen beziehen, und ob die — den normalen sich
nähernden — Epilepsiebefunde bei den verschiedenen Gruppen
Weise erhoben wurden oder ob hier Differenzen festzustellen ware

er (Schlußwort): Bei Auslösung der sekundären Lichtreaktion ver-
h beide Augen gleichmäßig, also auch das ursprünglich belichtete.
suchungen der Psychoreflexe wurden auch bei Hysterischen vor-
, die Fälle waren aber zu wenig zahlreich, um aus den
n schon bindende Schlüsse ziehen zu können, Es ist sicher sehr
bei Kranken mit sehr weiten Pupillen noch psychische Reflexe
sen, und aus dem Fehlen derselben, bzw. scheinbarem Fehlen, darf
auf absoluten Mangel der Reflexe schließen, da sich oft die
ieder zeigen, sobald die Pupille enger geworden, besonders
n man das Auge einer stärkeren Belichtung aussetzt. Im übrigen
h stuporöse Katatoniker mit gut erhaltenen psychischen Pupillar-
en, ebenso wie alte Fälle manierierter dementer Kranken hie und da
tionen zeigten, während im allgemeinen ein Fehlen der psychischen
hauptsächlich bei alten Fällen beobachtet wurde. Die Unter-
an Epileptischen sind auch noch zu wenig zahlreich, als daß man
nzelnen Formen, die wahllos nebeneinander untersucht wurden,
Reaktionsarten aufstellen könnte. *W.* demonstriert dann noch die
lie der Kranke bei der Untersuchung einnehmen muß, und macht
darauf aufmerksam, daß wider eignes Erwarten auch ganz stuporöse
nnende Kranke sich willig an den Apparat setzten und sich
n ließen.

mann-Graz: „Über pathologische Beeinflussung des Be-
ablaufes bei Erkrankung des Stirnhirns."
Vortragende geht von den Arbeiten *Liepmanns* und der von diesem
en „Bewegungsformel" aus. Der von ihm beobachtete Fall ent-
Punkt VI des *Liepmann*schen Schemas: Verlust der kinästhetischen
; oder Seelenlähmung, die *Liepmann* theoretisch gefordert hatte,
r aus der Pathologie einen Beleg dafür bringen zu können. Vortr.
rt die Präparate eines von ihm beobachteten Falles: Ein Tumor
ger des linken Stirnhirns, nach links viel stärker entwickelt als
rechten Hemisphäre, wahrscheinlich mit dem Ausgangspunkt im
Balkens. Die Zentralwindung und die innere Kapsel sowie alle
hinten gelegenen Teile sind unbeschädigt. Die Krankengeschichte
e: 34jähriger Mann; acht Tage vor der Aufnahme erkrankte er
hen, Kopfweh und psychischen Veränderungen: er saß stundenlang
stuporös, ohne an der Umgebung Anteil zu nehmen, aß spontan
te alle Bewegungen mit der rechten Körperhälfte langsamer aus.
allen rechts gelegenen Sinnesgebieten her ist ein Erkennen der
ehoben, selbst der einfache Abwehrreflex der Lider bei Näherung
en Gegenstandes an das Auge fehlt; von links her sind alle Be-
nd Reaktionserscheinungen normal auszulösen bis auf den Geruch-
nks wie rechts fehlt. Hautsensibilität und Muskelsinn der rechten
te ist nicht geschädigt. Nachahmung von Bewegungen der linken

Digitized by Google

Verläufe aber nur noch bei gleichzeitiger Ausführung. Eine Aus
konnte links nur solange ausgeführt werden, als der Ablauf der Be
nur von einem Sinnesgebiete aus geleitet wurde: waren mehrere S
Ausführung nötig, so traten Fehler auf; das normale Zusammens
Sinnesgebiete bei der Dirigierung der Bewegungen wurde vermißt
dagegen bestand völlige Akinesie ohne Hemiopie, Hemiparese oder
Grobe Gemeinschaftsbewegungen, Gehen usw. waren erhalten; spas
scheinungen fehlten. Es bestand im Gegenteil eine eigenartige
Zusammengefaßt ist zu sagen, daß von rechts her kommende Sinnes
für das Motorium in der linken Hirnhälfte nicht verwendet werden
auch nicht durch Vermittlung der rechts gelegenen Zentren; sie ko
linke gar nicht, das rechte auch nur in krankhaft gestörter Weise
Die hypothetische Deutung des Falles ist die, daß normaliter die
windung von den hinteren (Sinnes-) Zentren aus nicht direkt dirig
sondern daß sie dazu stets der Vermittlung des Stirnhirns bedürfen
für die Körperbewegungen etwa homolog dem *Broca*schen Zentrum fü
bewegungen anzusehen. Dementsprechend ist die *Liepmann*sche
Apraxie als eine transkortikale Störung aufzufassen. Der Fall zeig
kinästhetischen Vorstellungen, die im Stirnhirn zu denken sind, für
wegungsablauf von weitgehender Bedeutung sind. (Dieser Vort
Hänels Bericht in der Psych.-Neurolog. Wochenschrift Bd. VIII, Nr.

In der Diskussion erklärt *Hitzig* im Anschluß an eine Beme
Vortragenden, daß ihm nicht bekannt gewesen sei, daß der Streit *Go*
Hitzig denselben Ausgang genommen habe, wie die Konferenz in

Heilbronner weist auf die Schwierigkeiten hin, in Fällen, wie
Vortragenden, die klinischen Ausfallserscheinungen auf den anatomi
weislichen Ausfall zurückzuführen. Er meint auch hier, daß viel
sucht werden sollte, Beziehungen zwischen den noch möglichen
und dem erhaltenen, anatomischen Substrat festzustellen. Daß im
eine Art von Extremitäten-*Broca* liege, möchte er aus dem vo
Falle schon deshalb nicht schließen, weil gerade die Rinde intakt
sei. Die Übertragung der anatomischen Verhältnisse der Aphasie a
Handlungen begegnet noch der Schwierigkeit, daß das Wesen der *A*
Stelle selbst noch nicht definitiv geklärt ist. Auch für den Fall, da
sich tatsächlich als ein dem reinen Motorium supraponiertes Organ e
dem Stirnhirn eine analoge Rolle als Führer für die Extremitätenbe
zukäme, wäre damit, wie *H.* ausdrücklich betonen möchte, dem
nicht etwa die Rolle eines Organes für die höheren psychischen
zuerteilt.

Weygandt meint, die Proportion
Zentrum des Hypoglossus usw.: *Broca* = Zentrum für die Extremitäten
ließe sich wohl noch stützen und erweitern durch Hinweis auf

Digitized by Google

Alexie, Amusie, bei denen andere Regionen als die Zentren der gung, der akustischen Eindrücke usw. betroffen gewesen seien, e Existenz zahlreicher spezieller Koordinationszentren hinweise.

uf folgen die Vorträge, die sich mit der im Vorjahr aufs Programm diotenfrage beschäftigen.

ek-Marburg leitet dieselben ein und teilt mit, daß der von der vor-Versammlung gewählte Ausschuß sich konstituiert, ihn mit der der Geschäfte beauftragt und sich durch die Herren *Habermann-ntz*-Schleswig, *Kluge*-Potsdam verstärkt habe, so daß derselbe nun-ehe aus den Herren *Anton*, *Habermann*, *Jentz*, *Kluge*, *Möller*, *eygandt*. Daß das dem Ausschuß gestellte Programm, dafür Sorge daß die Besprechung von Fragen der Idiotenforschung und nicht wieder von der Tagesordnung der Jahresversammlung ver-ein sehr zeitgemäßes sei, werde durch inzwischen erschienene nen aufs neue bestätigt. Er erwähnt die in Nr. 211 des Zentralblatts heilkunde vom 15. April d. J. veröffentlichte Antwort *O. Niehaus*' Besprechung der von der „Vereinigung deutscher Anstalten für d Epileptische" herausgegebenen „Denkschrift" in Nr. 200 desselben tts. Dieselbe bringe keine neuen Gesichtspunkte und sei am eine Widerlegung der in der „Besprechung" gegen Fassung und „Denkschrift" geäußerten Bedenken. Er nimmt sodann Bezug auf von *Gündel*: „Zur Organisierung der Geistesschwachen-Fürsorge", eine S. 22 gegebene Charakterisierung der von Medizinern ge-nstalten, aus welcher sich für uns eine doppelte Mahnung ergebe: ujours en vedette! Sodann die zu einer ernsten Selbstprüfung. Ausschuß beabsichtigt, in jeder Jahresversammlung die eine oder age des vielgestaltigen Gebietes der Idiotenforschung und -fürsorge l zu besprechen.

gandt-Würzburg: „Über den Stand der Idiotenfürsorge in and."

von der vorjährigen Versammlung des deutschen Vereins für Psy-eingesetzte, aus sieben Mitgliedern bestehende Kommission zur und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns sucht in diesem ch zwei Berichte über praktische Fragen ihre Wirksamkeit zu be-

108 Anstalten für jugendliche Schwachsinnige in Deutschland sind ge, Organisation und Leitung, Zweck und Mittel, Art der Pfleglinge ntlich verschieden.

n ein Dutzend stehen unter ärztlicher Leitung, doch läßt auch die Mitarbeit bei den übrigen vielfach zu wünschen übrig.

rend die Hilfsschuleinrichtungen für Schwachbefähigte gedeihlich

die Fürsorgeeinrichtungen für diejenigen Schwachsinnsformen noch allen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Gründliche Abhilfe kann erst kommen durch öffentliche Mit demnach die Verstaatlichung der Idiotenanstalten, vor allem ab richtung neuer Anstalten von behördlicher Seite anzustreben.

Ganz verkehrt ist die Errichtung von Altersheimen im An vorzugsweise Erziehung erstrebende Idiotenanstalten.

Von neuen Schöpfungen des letzten Jahres ist hervorzuheben liche Kgl. sächsische Landeserziehungsanstalt für Schwachsin Blinde Altendorf bei Chemnitz für 4½ Million Mark. Solange e erziehungs- und entlassungsfähige Imbezille handelt, also um eine A hilfsschulen, ist die Errichtung vorbildlich, wenn auch die ärztlich derselben einen mehr psychiatrischen Charakter tragen möchte.

Anstalten für Blöde, keineswegs Entlassungsfähige gehören unte Leitung und könnten an die Landesirrenanstalten angegliedert wer

Anregung für die Erforschung des Gebietes auf dem Wege sammenarbeit von Ärzten und Pädagogen gab der anfangs April ve Kurs über den angeborenen Schwachsinn in der psychiatrischen Gießen unter Prof. *Sommer*.

Zu erstreben ist neben dem Ausbau des Anstaltswesens au richtung von Idiotenabteilungen an den psychiatrischen Kliniken psychologischen Laboratorien an den Hilfsschulen großer Städte.

Anton-Halle: Die Formen und die Ursachen des Infant

Mit der Bezeichnung Infantilismus werden Folgezustände ge Summe verschiedener Erkrankungen in der Kindheit und in der G reife: sehr häufig entstammen die damit gemeinten Entwicklungsh auch schon einer fehlerhaften Anlage oder einer Erkrankung in de Diese Störungen insgesamt bewirken eine krankhafte Fortdauer male der Kindheit oder der Adoleszenz bis ins Lebensalter der v und weiter bis in die Zeit des Wechsels und, bei Fortdauer des I in die Phase des Greisenalters. Sie stellen also eine durch extrauterine Leben andauernde Hemmung des Wachstums und wicklung dar. Das Wort stammt von *Lasègue*, doch haben lange Z die verschiedenen Zweige der menschlichen Pathologie Beschreibu Erörterungen über diese Entwicklungsstörungen vielfach aufzuw finden sich gewissermaßen verworfen in allen Kapiteln der gesamt und auch der Anthropologie. Die Mehrzahl der neueren Autoren b sowohl einen allgemeinen Infantilismus als auch einen solche

[1]) Da Herr *Anton* verhindert war, an der Versammlung teilz ist dieser Bericht nicht zum Vortrag gekommen. Die Versammlung jedoch die Aufnahme desselben in den Verhandlungsbericht, und H stellte sein Manuskript gütigst für diesen Zweck zur Verfügung.

n Infantilismus. Man geht nicht fehl, wenn man in vielen esen „partiellen Infantilismus“ identifiziert mit jenen Befunden, s Aplasie oder Hypoplasie einzelner Organe schon von den alten d Anatomen beschrieben wurden.

n ich dafür plädiere, die Bezeichnung „partieller Infantilismus“ zu n, so geschieht dies aus folgenden Gründen: Häufig sind die Ur- s allgemeinen und partiellen Infantilismus gleiche und ähnliche, aßen nur graduell abgestufte, andrerseits können partielle Defekte olge die Entwicklungshemmung des gesamten Organismus nach ; ich erwähne nur die Hypoplasie der Schilddrüse und des Genitales. at also die Geschichte des allgemeinen und partiellen Infantilismus den ältesten Pathologen begonnen. Insbesondere datieren die ngen der Entwicklungsstörungen, welche bei Kretinismus und enerkrankung sich finden, bis in die Zeit von *Plinius*, *Vitruvius* en zurück. Nach *Hirsch* kann schon mit dem sechzehnten Jahr- wissenschaftlichem Sinne von Kretinismus gesprochen werden. Literatur ist bereits vielfach von Entwicklungshemmung und Zwerg- Rede. Solche Beschreibungen haben bereits geliefert *Beilloger* aber 1857. *Trélat* führt aus, daß die Entwicklungshemmung im en in der Persistenz einer transitorischen organischen Bildungsform e eine embryonale oder eine kindliche sein könne. Von älteren ie sich damit befaßt haben, nenne ich nur noch *Andral*, *Hirtz*, 37).

ch findet sich das Thema abgehandelt in älteren Lehrbüchern der e, und es haben sich auch derzeit die Altmeister der Gynäkologie, *Freund*, bereits vielfach mit allgemeinem und partiellem Infantilis- ftigt, zum Teil wohl unter anderer Überschrift. *Lasègue* verstand tilismus eine Hemmungsbildung, welche sich charakterisiert durch auer der physischen und seelischen Merkmale der Kindheit. Fälle schilderten *Brouardel* und *Lorrain*; letzterer gab folgende 1. Debilität, Grazilität und abnormes Kleinbleiben des Körpers, cklungsstörung, welche mehr die Gesamtmasse des Körpers, als spezielles Organ betrifft. 2. Fortdauer der Jugendmerkmale, so nn mit 30 Jahren etwa wie ein Achzehnjähriger erscheint. 3. Außer- te *Lorrain* auch die feminine Abartung hierher. Diese Form *Lorrains* als Infantilismus atrophicus bezeichnet. Ich will andere Definitionen

em im Jahre 1873 *William Gull* und 1877 *Ord* in England das beschrieben haben, hat bekanntlich *Charcot* diesen Zustand als achydermica bezeichnet. Hierbei wurde bereits die Entartung der und die allgemeine Entwicklungsstörung in Zusammenhang gebracht. en Formen benannten *Fletcher Beach* und *Ireland* als kretinoide rneville und *D'Olier* schufen die Bezeichnung der Idiotia myxoede-

beschrieben, den er als eine Form des Myxoedemas auffaßte, un
seither als Myxinfantilismus oder als Typus von *Brissaud* bezeich

Diese „forme fruste“ des Mangels der Schilddrüse erschien scho
als die Hauptursache der verschiedenen Formen von Infantilismus.
schiedener vertraten seine Mitarbeiter *Meige*, *Thibierge* und *He*
Auffassung, daß die verschiedensten Formen vom Infantilismus nu
kommen durch die Mitbeteiligung der Schilddrüse, also durch den c
gutartigen Hypothyreoidismus oder durch dessen schwerere Form
ich will jetzt nicht die ganze Ursachenlehre aufrollen und gla
zeigen zu können, daß es auch vielfach anderweitig bedingte F
Infantilismus gibt. Vorher sei kurz eine Definition und allgemein
bung vorgebracht. Nach dem Gesagten will ich den allgemeinen
mus bezeichnen als eine Entwicklungsstörung, welche de
Organismus auf kindlichem Typus zurückbleiben läßt
Fortentwicklung des Individuums im Sinne seiner Gat
hindert; dabei bleiben nicht nur die körperlichen M
sondern vielfach auch die seelischen Eigenschaften de
fortbestehen. Als körperliche Merkmale werden von den meist
für diese Form angegeben: Kleinheit des Skelettes mit Fortbe
Epiphysenfugen, proportionale Verkleinerung der Organe, beso
bleiben oder wenigstens Hemmung der geschlechtlichen Fortentwic
der Verkümmerung des Genitales bleiben auch jene Merkmale a
die Geschlechter auch äußerlich erkennen lassen, also die sekun
schlechtsmerkmale; endlich aber bleiben die geistigen Leistunge
zurück und behalten das Gepräge des Kindes oder des Adoleszen
allgemeine Schilderung trifft nur zu beim allgemeinen und reinen In
dem wohl zumeist die Formen des wahren Zwergwuchses einzuor
Die einschlägigen Formen zeigen dem Grade und den Komplikat
sehr verschiedene Typen, welche deutlich mitunter die Krankh
aber auch die Zeitphase des Beginnes erkennen lassen. Im allgem
nur im allgemeinen, läßt sich sagen, daß die im intrauterinen Le
gesetzten Entwicklungshemmungen tiefergehende Folgen haben a
in der Kindheit oder in der Pubertät entstandenen. Die partielle
musformen werden wir noch kurz zu erörtern haben, und es seie
die verschiedenartigen Ursachen kurz besprochen. Sowe
schiedenen Ursachen bekannt wurden, läßt sich jetzt schon aus
dieselbe Schädlichkeit sehr verschiedene Effekte hervorbringt, j
dieselbe intrauterin, in früher Kindheit oder in der Pub
angegriffen hat.

Wenn auch seit den Forschungen von *Féré*, *Duval* u. a.
wiesen hat, daß dieselben Gifte, welche dem erwachsenen Tier
sind, auch dem Fötus und dem Ei der gleichen Art abträglich si
also eine „Art-eigene Reaktion“ auf einzelne Gifte gibt — so

g sehr verschieden sich gestaltet, je nachdem dieser Schaden de
den Fötus oder das erwachsene Individuum betroffen hat. Der Fötu
e Organe haben eben nach dem Ausspruche von *Duval* noch di
ktion: zu wachsen und die Zellen zu vermehren. Diese Funktio
auptsächlich, welche durch die Giftwirkung zu dieser Zeit beein
wird. Dies gilt sowohl für die Gifte von außen als auch für di
kationen. Weiterhin ist noch folgendes zu bemerken. Beim Fötu
n Säugling sind die Beziehungen der einzelnen Organe unter
noch vielfach andere als beim erwachsenen menschlichen Organis
o besteht kein Zweifel, daß die Schilddrüse, die Thymusdrüse fü
ntilen Organismus lebenswichtiger sind, als für den erwachsenen
relation der Drüsen untereinander scheint eine regere zu sein, di
sation des Ausfalles einer Drüse durch Vergrößerung einer andere
leichen beim kindlichen Organismus evidenter, wie besonders di
den zahlreichen Experimente erweisen. Auch die Beziehungen de
n Etappen des Nervensystems untereinander bilden sich beim Fötu
n Kinde erst allmählich heraus und können durch inzwischen ein
Störungen verhindert oder verändert werden.

er auch die gegenseitigen Beziehungen des Zentralnervensystems z
perorganen und umgekehrt sind beim Fötus und beim Kinde noc
Es kann von den Körperorganen, speziell von den Drüsen aus, da
achstum noch schwer gehemmt werden, aber auch vom Gehirn au
e Entwicklungsstörung für den Körper gesetzt werden.

eser allgemeine Gesichtspunkt gilt sowohl für die fremden un
n Gifte, als auch für die Wirkungen der verschiedenen Infektionen
wachsenden Organismus treffen, aber auch für eine hier noch weni
Schädlichkeit, nämlich für das Trauma.

der Übersicht darf nicht unerwähnt bleiben, wie häufig und wi
dabei die Erblichkeit, besonders die kumulierte Erblichkeit beide
uch ohne äußere Ursachen die Entwicklung hemmen kann. Aus de
hbaren Zahl der Wirkungen dieser bildnerischen Macht seien nu
rwähnt. Die stetige Wiederkehr einzelner Defekte im Verlaufe vo
onen betrifft mitunter Organe, welche ihrer Hauptmasse nac
Ektoderme, Mesoderme oder Entoderme stammen, z. B. die Aplasie
anten im Gefäßsystem, die erblichen Anomalien in einzelnen Sinnes
die gleich wiederkehrenden Mißbildungen im Zentralnervensystem
lie mangelhafte Anlage und Funktion einzelner Drüsen, unter dene
orhebe die Schilddrüse, die Genitaldrüsen, die Nebennieren und di
en.

bedarf nur einen Schritt im Denken des Pathologen zur Erkenntnis
er einmal gesetzte Mangel eines Organs an sich genügt, um für de
Organismus eine unabsehbare Reihe von Wirkungen, insbesonder
teren Entwicklungsstörungen hervorzurufen. Besonders scheint e

logischen Erfahrungen am Menschen, aber auch alle Ergebnisse experimentes. Schließlich sagt ja auch alle entwicklungsgeschich fahrung, daß dem Epithel bei der Entwicklung die schöpferische zukommt. Es ist ja eine vulgäre Tatsache, daß das Ei und das Spe Epithel angehören, durch deren Vereinigung der Organismus und di entstehen. Wir wissen auch, daß im Zentralnervensystem die bild Vorgänge im Anfange vom Epithel der Ventrikelwand und des Zent ausgehen. Tatsache ist auch, daß von der geförderten oder be Drüsentätigkeit die Gestaltung des ganzen Individuums in hohem hängig erscheint.

Es dürfen also die allgemeinen Ursachen der menschlichen ungshemmung und Entwicklungsstörung resümiert werden durch di Vergiftung, Infektion, Trauma und immanente krankha liche Anlage.

Es erübrigt nunmehr nach dieser allgemeinen Übersicht die Ursachen und die einzelnen Typen des Infantilismus zu Es sollen dabei einzelne Ursachen erwähnt und ihre Folgen für den nus geschildert werden.

Schilddrüse. Es ist wohl bekannt, daß die frühzeitigen in extrauterinen Erkrankungen der Schilddrüse beim Zustandekommen d ilismus eine große Rolle spielen. Seit den Operationen *von Eisel Hofmeisters* und vieler anderer Autoren läßt sich aussagen, daß r gesetzmäßig durch Exstirpation der Schilddrüse bei jungen Tiere wuchs, Verkümmerung des Genitales sowie weitgehende Störung de genzleistungen hervorrufen kann. *Hofmeister* konnte auch nachwei die totale Schilddrüsenexstirpation beim jungen Kaninchen in den degenerative Vorgänge veranlaßt, welche sich bald mehr in follikulär trophie, bald mehr als generalisierte Follikelschrumpfung äußern. Die konnten viel leichter als hypoplastisch aber auch atrophisch nach werden. Diesen Befunden ließ sich sehr instruktiv ein Fall von *La* gegenüberstellen von einem 14jährigen Menschen, der infolge de Schilddrüsenexstirpation Kachexie bekam und keine Spur von P entwicklung zeigte. Dabei möchte ich auf Grund eigener Erfahr schalten, daß bei kropfiger Schilddrüsendegeneration endemischer Kr Genitaldrüsen keineswegs immer verkümmert sein müssen. Bei sä thyreoektomierten Kaninchen ließ sich eine exquisite Verzöger Verknöcherung der Knorpelscheiben nachweisen, die das Längenv vermitteln. Histologisch erwies sich der Knorpel dabei verändert. stand bei den Tieren auch eine Kachexie, welche an der Haut Behaarung, starke Schuppenbildung erkennen ließ. Regelmäßig fa nach Schilddrüsenexstirpation bei Kaninchen eine bedeutende Verg des drüsigen Teiles der Hypophysis cerebri, welche bei junge

Digitized by Google

n Entfernung der Parathyreoidkörper (*Sandström* und *Gley-Bidl*)
chen eine tödlich verlaufende Tetanie entstand. Letztere wurden
n Menschen mehrfach als der Krankheitssitz für eine schwere infan-
icklungsstörung angegeben. Nach *Brissaud* gibt es ein parathy-
lyxödem, welches sich regulär mit geistigen Entwicklungsstörungen
chaftet. Die Ansicht von *Gley* und anderen, daß die Parathyreoid-
nktionell die Schilddrüse supplieren können, wurde durch die Experi-
n *Vassalle* und *Generali* stark in Zweifel gestellt. Doch geben auch die
Autoren an, daß schon die Entfernung der vier Nebenschilddrüsen
de Tetanie erzeugt. *L. Mendel* fand in diesen Nebendrüsen mehr
in der Hauptdrüse. Es muß auch berichtet werden, daß *Biedl*
ssung vertritt, daß die Entfernung der eigentlichen Schilddrüse nur
exie bewirke, während die Exstirpation der Nebenschilddrüsen
örper) die Tetanie hervorrufe; diese Verschiedenheit der Wirkung
bei Pflanzenfressern demonstrieren, wo diese Epithelkörper regel-
ßerhalb der Schilddrüse liegen. Die Frage nach den Folgen der
ung der Nebenschilddrüsen beim Menschen ist noch keines-
ärt.

egen ist außer Zweifel, daß operative Entfernung der Schilddrüse
erdin, von Kocher, Billroth, Wölfler, Eiselsberg und anderen häufig,
ch nicht immer, das Bild des Myxödems hervorruft. Auch beim
wurde, wie gesagt, die Erfahrung gemacht, daß der wachsende
us des Menschen die Schilddrüsentätigkeit dringender und wahr-
ausgiebiger benötigt als der erwachsene Mensch.

liche und identische Krankheitsbilder werden auch hervorgerufen
ntane Abänderungen der Schilddrüsenfunktion durch atrophische und
he Prozesse und die dadurch gesetzte mangelhafte Schilddrüsen-
Die leichteren Fälle wurden überhaupt oft übersehen, bis durch
enst der Franzosen *Brissaud, Hertoghe* und *Thibierge* und anderer
htesten Formen, „formes frustes", mehr ins ärztliche Blickfeld ge-
den. Diese können auch ohne markante Veränderungen im Skelett-
und ohne starke Beeinträchtigung der physischen Leistungen ein-
Noch lebhaft diskutiert ist derzeit die Frage: ob der endemische
us identisch ist mit dem sporadischen infantilen Myxödem. Um nur
oren zu zitieren, seien folgende Auffassungen nebeneinander ge-
inrich Bircher kommt in seinem ausführlichen Referate zu dem
z, daß die kretinische Degeneration unmöglich auf Wegfall der
senfunktion beruhen und somit auch nicht identisch mit dem Myx-
n kann. Dagegen resümiert *Dr. G. Bayrn* (1903) in einer wohl-
Zusammenstellung sein Urteil mit den Worten: Normale Schild-
in Kretin. Dagegen herrscht Einmütigkeit darüber, daß fötales
tiles Myxödem beim Menschen das ganze Skelettwachstum ausgiebig
nd bei längerem Bestande zeitlebens in juvenilem Zustande erhalten

Zurückbleiben der Gehirnleistungen auf infantiler Stufe oder au

Ich darf noch auf Grund 10jähriger Erfahrung in Steiermarl daß in Gegenden und Familien, wo Kretinismus herrscht, auch infantile Hemmungsbildungen ohne Kropf und ohne totalen Sc defekt häufiger erscheinen. Natürlich schließt diese Tatsache noc daß auch andere Krankheitsursachen während der Entwicklung lismus veranlassen können.

Daß auch der Wegfall anderer Drüsenfunktionen die und physische Entwicklung hemmen und unterbrechen kann, geht Massenerfahrungen bei den Entfernungen der Geschlechtsdr die Tierzüchter hervor. Letztere haben auch bereits nachgewies einen großen Unterschied gibt, je nachdem die Kastration beim Ne oder beim erwachseneren Tiere vollzogen wird; es ist also erw die scheinbar noch nicht funktionierenden Geschlechtsdrüsen bere Wachstum des Organismus offenbar durch innere Sekretion eine s reiche Bedeutung haben. Dasselbe läßt sich beim Menschen beh wird oft durch erbliche Syphilis eine Erkrankung des kindliche eine Castratio subalbuginea (*H. Seringe*) hervorgerufen, welche ne tümlichen Wachstumstörungen auch eine Fortdauer des kindlichen wirkt. Auch beim Weibe ist es bekannt, daß zur normalen Ausb Frauentypus, der sog. sekundären Sexualcharaktere, das Vorhandense stöcke nötig ist. Nach *Born* stellt das Corpus luteum eine Drüse Sekretion dar. Ein frühzeitiger Wegfall bewirkt weitgehende des ganzen Organismus. Die Frage, ob durch frühzeitigen W Genitalfunktionen Infantilismus bewirkt werden kann, ist wohl nac zeitigen Stande dahin zu beantworten, daß zum mindesten Teilers desselben auftreten können. Ich erinnere an die Kinderstimme, a bleiben des Haarwuchses, an die puerile geistige Artung der Eu die geringe Entwicklung des Skelettes und der Muskulatur bei Tier falls geben die Entwicklungsstörungen nach Wegfall des Genitales all andere Folgen und einen anderen Typus als bei Beeinträchtigung drüsenfunktion. Es muß aber hier schon bemerkt werden, da kümmerung des Genitales, der Disgenitalismus, sich häufig Teilerscheinung bei allgemeinem Infantilismus findet; häufig ist e schaftet mit Aplasie der Nebennieren, häufig auch eine gesetzmä nach Wegfall der Schilddrüse (sekundärer Disgenitalismus); so Disgenitalismus von anderen Drüsen eingeleitet werden, um fürde als Ursache zu fungieren für allgemeine Entwicklungsstörung de mus. Über diese Korrelation der Drüsen wird noch später zu spr

Die Nebennieren. Es muß leider hier unterbleiben, die i allgemeine Wirkung der Nebennierenextrakte auf den Gesamtorgan den Stoffwechsel, auf den Blutdruck, auf das Nervensystem zu er soll aber gleich anfangs erwähnt werden, daß die Wirkung der Ne

e zu sein scheinen, als beim erwachsenen Menschen. *Stöltzner* und che darüber viel Erfahrungen haben, verfochten sogar die Annahme, ebenniere dasjenige Organ ist, durch dessen funktionelle Insuffizienz e die Rhachitis entsteht. Tatsache ist, daß durch die Nebennieren- g die rhachitischen Knochen eine Beeinflussung erfahren, welche nten Autoren zu Versuchen veranlaßte, weiterhin die Rhachitis durch enextrakte zu behandeln. (Englische Tabloids.) Letztere Frage rdings noch vielfach in Diskussion, wie *Stöltzner* selbst erörtert hat. Symptome einer *Addison*schen Krankheit finden sich nicht allzu Infantilismus. Diese Beziehungen studierte *Morlat* in einer These 1903. et dabei ausführlich einen Fall von Infantilismus von dem Typus nicht Myxödematös), welcher mit *Addison*scher Krankheit einherging. wurde bemerkt (*Lasègue, Ball, Klippel*), daß ein konstantes Symptom *on*scher Erkrankung auch in geistiger Beziehung zutage tritt durch Trägheit, Stumpfheit, Verlangsamung der Reaktionen.

nders eingreifend und beachtenswert scheint der Erfolg zu sein, Mangel der Nebennieren beim embryonalen Organismus hervorbringt. Beziehung ist wohl die lesenswerteste Untersuchung von *Zander* in g. Dieser Autor fand in 56 Fällen die Nebennieren sehr klein oder Es betraf folgende Fälle:

Hemicephalen	42
Encephalocele	6
Cyclopie	4
Syncephalie	3
Mikrocephalie	1

n bei Fällen von erheblichen Defekten des Vorderhirns fand er fast e Nebennieren verändert. Ich selbst kann diese Angaben bestätigen d von vier Obduktionen von Anencephalen. Hierzu darf ich den en Befund anfügen, daß in einem Falle von eklatanter Hypertrophia n die Marksubstanz der Nebennieren cystisch entartet fand; dagegen Thymusdrüse auffällig groß und auch beide Arteriae thymicae in un- her Größe vorhanden. Bisher ist die allgemeine Auffassung geltend, ebennieren Drüsen mit innerer Sekretion sind und einen Stoff erzeugen, izwirkung auf die Muskulatur der Gefäße und des Herzens diese für ihre physiologische Funktion nötigen Tonus erhält. Von diesem kte aus gewinnt neuerdings Wert die Tatsache, daß eben bei den alen mit ihren defekten Nebennieren die ganze Substanz des Zentral- ems von den kleinsten Gefäßen aus durchblutet erscheint; gewisser- s ob hier alle Wanddruckregulation aufgehört hat. Hier ist wohl Fragestellung berechtigt, warum diese Durchblutungen fast elektiv alnervensystem betreffen.

eit die Nebennieren in ihren Beziehungen zu den schweren Ent-

www.Google

frustes). Es steht theoretisch zu erwarten, daß bei diesen Typ
fantilismus und Entwicklungsstörungen die krankhafte Pigmentbildun
aber vasomotorische Anomalien als Syndrome und als diagnostisc
punkte in den weiteren Mitteilungen erscheinen werden. Tatsac
das Volumen der Nebenniere enorm verschieden ist, und daß z
Gewichtsdifferenzen von 4,8—7,2 gefunden hat.

Ich selbst konnte in einem Falle von Chorea mit Demenz
geformte Nebenniere mit einem Gewicht von 12 g konstatieren.

Thymusdrüse. Die Anomalien der Thymusdrüse sind
mehrfach mit allgemeiner oder partieller Entwicklungshemmung i
gebracht. Nach *Krause* schwankt das Gewicht dieses Organs
und 34. Es ist aber auch ein Gewicht von 47 g bekannt. S
dachte an einen Zusammenhang der Anomalien der Thymusdrü
Akromegalie. Nach den mehrfachen Zusammenstellungen von
scheint es, daß die Thymusdrüse früher bei den abnormen und
Kindern verschwindet. Aber auch Persistenz der Thymusdrüse f
Fällen von Infantilismus (*Marchiafava*). Bekanntlich wird die H
der Thymusdrüse von vielen Autoren auch in neuerer Zeit, unter a
Hochsinger, als die Ursache angesehen von Atembeschwerden,
ritzenkrampf, aber auch als die Ursache plötzlicher Todesarten.
des Thymustodes ist keineswegs eine abgeschlossene, da vie
(*Pfaundler, Escherich* u. a.) wenigstens die Thymushyperplasie ni
chanische Ursache gelten lassen. Nach *F. Kraus* erscheint es ber
solchen Todesfällen von Kindern und Erwachsenen als Todesu
häufig dabei vorhandene Hyperplasie der lymphatischen Apparate
Vegetationsanomalien lymphatisch-chlorotischer Natur" als Urs
nehmen: die Hyperplasie oder Fortdauer der Thymusdrüse wäre a
eine Teilerscheinung der geschilderten Veränderungen aufzufasse
hält auch den Befund akuter Herzerweiterung dabei für belangrei
solche Individuen an „Herztod" sterben. Ich darf hier anführe
durch die Güte Professor *Kolisko*'s ein zweiter Fall zur Untersuchun
wobei mit Hypertrophie der Thymusdrüse gleichzeitig eine Gehirnh
vorhanden war; es ist aber schon seit *Rokitansky* und besonders de
ärzten bekannt, daß plötzliche Todesarten bei Hypertrophie des G
ereignen. Die übermäßige Entwicklung der Thymusdrüse wurd
gleichzeitig mit Vergrößerung des Hirnanhanges auch bei Akrom
funden (*Klebs, Erb, Sternberg*). Auch bei Struma und bei *Ba*
Erkrankung wurde sie nach *F. Kraus* vergrößert gefunden. Nac
soll die Atrophie und Involution dieser Drüse langsamer bei kastrie
vor sich gehen als bei unversehrten. Über die Folgen der primä
Veränderung der Thymusdrüse für das Knochenwachstum haben di
von *Basch* interessante Ergebnisse geliefert. Nach der Exstir
Thymusdrüse zeigten die Tiere viel dünneren, graziileren Knoch

sen, und nach Knochenbrüchen war die Callusbildung beträchtlich

Ähnliche Versuche hat in größerem Maßstabe mein gewesener
Dr. *F. Hartmann* unternommen, welchen Ergebnissen ich hier nicht
will. Beim Menschen ist übrigens auch die Erkrankung der Thymus
her Syphilis und die weiteren Folgen noch eingehend zu studieren.
uns interessante Frage hat *Svehla* aufgeworfen und experimentell
nämlich die Frage, in welcher Fötalzeit die Thymusdrüse die ihr
rksamen Stoffe absondert, also für den Gesamtorganismus ihre
beginnt. Nach den Untersuchungen dieses Kollegen soll beim
(zum Unterschiede von den Tieren) zuerst die Tymus, dann die
, am spätesten die Nebenniere für den Gesamtorganismus wirksam
Ob von der Tymus aus primär außer der Dünnheit der Knochen
e typische Entwicklungshemmungen oder allgemeiner Infantilismus
verden können, bleibt noch eine offene Frage. Bestimmt läßt sich
daß es Hyperplasien dieses Organes gibt ohne infantile Symptome.
cheint es, daß die mangelhafte Ausbildung oder das zu rasche Ver-
der Drüse, besonders nach den Untersuchungen von *Bourneville,*
schen Idioten sich häufiger findet. Es besteht auch eine Theorie
l, wonach die Bleichsucht durch Mangel der Thymusfunktion und
Verschwinden derselben entstehen kann, ehe noch die Ovarial-
enügend dafür eintritt.

kreas. Nach einigen Autoren ist auch die frühzeitige Erkrankung
as imstande, einen gesonderten Typus von Infantilismus zu be-
s hat *Byrom Bramwell* einen solchen Fall von „Infantilismus pan-
genauer studiert. Es war ein 18jähriger Kranker im Wachstums-
wa eines Elfjährigen. Psychisch war er jedoch begabt und intelligent.
kung des Pankreas wurde aus folgendem geschlossen:
ne große Menge unverdauten Fettes, welches nach Einführung von
trakt sich verminderte.
i Milchdiät ging der relative Gehalt von Phosphorsäure im Urin
unter die Norm; nach Zufuhr von Pankreasextrat hob sich der
Phosphorsäure in markanter Weise.
urde die Probe nach *Sahli* vorgenommen, d. h. Einschließung von
n geeigneten Gelatinkapseln; die Lösung der Gelatine durch Pankreas-
aus, daher auch keine Jodreaktion zustande kam. Der Kranke
einem Glyzerinextrakt der Bauchspeicheldrüse behandelt, worauf-
endes Längenwachstum, rascher Eintritt der Pubertät eintrat mit
em Verlust der Kinderstimme. Auch die Röntgenbilder erwiesen
Nachholen des zurückgebliebenen Knochenwachstums.
einige Worte seien vorgebracht über die Beteiligung des Gehirn-
bei den infantilen Entwicklungsstörungen. Seitdem *B. Marie* beim
die Beziehungen zwischen Akromegalie und Hypophysenveränderung
tte, wurde auch bald konstatiert, daß diese Drüse vielfach in

auch hypertrophisch gefunden. Bei Kaninchen ist die Vergrö
Gehirnanhanges nach Schilddrüsenexstirpation, wie es scheint, reg
wilsch, *Hofmeister*, *Eiselsberg* u. a.); der Riesenwuchs, welcher nac
sich oft mit Vergrößerung und Entartung der Hypophysen, d. h.
anhanges, findet, läßt in vielen Fällen Verkümmerung des Genitale
Es wurden daher gewissermaßen Riesentypen des Infantil
gestellt; in der Tat entstehen bei solchen Typen Entwicklungshem
Knochensystem, z. B. Persistenz der Knorpel und Epiphysenfuge
auch ein geistiger Infantilismus. Insbesondere hat *Brissaud* erklär
Riese infantiles Gepräge habe. Er und seine Schüler unterscheide
spezielle infantile Form des Riesenwuchses. Wir geben zu die Er
hemmung, die mitunter das Skelett zeigt, und ebenso die häufig v
geringe Entwicklung des Genitales, ebenso wie die kindliche Geiste
bei Riesenwuchs.

Die Hypophyse findet sich nicht nur bei Myxödem vergröße
ist auch mitunter bei Kretinismus und bei Akromegalie besonders
teiligt. Nach *A. Schiff* gehen der Entwicklung der Akromegal
Symptome von Myxödem voraus.

Haskovec und *Formonek* haben deshalb die Annahme vertret
Akromegalie das primär erkrankte Organ nicht die Hypophyse,
Schilddrüse sei. Hierzu ist zu bemerken, daß in der Tat durch
drüsentherapie in einzelnen Fällen von Akromegalie gute Erf
wurden. Endlich sei noch erwähnt, daß bei verschiedenen Formen
von Zwergwuchs der Gehirnanhang aplastisch gefunden wurde (*

Aus den zahlreichen Arbeiten, von denen nur der kleine
Platz finden konnte, geht wohl mit Sicherheit hervor, daß im n
und tierischen Körper, besonders bei jugendlichen Individuen, die
innerer Sekretion insgesamt eine große Bedeutung besitzen für da
und für die Fortentwicklung des Organismus und seiner Teile im
arteigenen Gattungsmerkmale. Diese Drüsen ziehen im Erkranku
ander vielfach in Mitleidenschaft und scheinen sich zum Teile z
sieren. Wir dürfen also von einer Korrelation dieser Drüsen sp
weitesten Sinne des Wortes kommt ja allen Organen eine gew
Sekretion zu, d. h. sie vermögen durch Abgabe ihrer Stoffwech
die Blutbeschaffenheit zu ändern. Das Blut stellt gewissermaße
aller der inneren Wirkungen dieser Organe dar (*Neuser*). Diese
der einzelnen Organe an der allgemeinen Blutbeschaffenheit be
als metakerastische Funktionen. Besonders aber stehen di
nannten Drüsen sowie die Blutdrüsen in solchem funktionellen K
gemäß spricht *Sanctis* von zweierlei Arten der Drüsenfunktione
von einer „eigenen und spezifischen Funktion", und von einer Gem
welche letztere solidarisch mit den anderen Drüsen für den Org
füllt wird.

diesem Autor ist demnach die Behinderung der körperlich-geistigen
klung entstanden durch eine Störung des richtigen Gleichgewichtes,
en Harmonie des Stoffwechsels und der formativen Stoffe im all-

dem bisher Gesagten geht wohl hervor, daß ich den ähnlichen
t vertreten kann, d. h. die Annahme, daß die Entwicklungshemmung,
ismus durch Stoffwechselstörungen seitens verschiedener
ewirkt werden kann; ich füge hinzu, daß die lokale und organische
n sich aber imstande ist, dem Infantilismus einen eigenen Typus,
rtiges Gepräge zu verleihen.

Ursachen müssen hier noch außerdem wenigstens kurze Er-
nden; dies deswegen, weil sie große pathologische Bedeutung haben,
rseits, weil sie in den bez. Publikationen zumeist unerörtert bleiben.
st es Tatsache, daß nach einem Trauma, besonders mit starker
rschütterung, jugendliche Individuen auf derselben Stufe der kind-
wicklung stehen bleiben können, die sie zur Zeit des Traumas er-
en.

ens muß auch die primäre Funktionsstörung des Gehirnes
ls veranlassende Ursache in Betracht gezogen werden. Die Be-
vischen Gehirn und Drüsen ist ja eine gegenseitige, ja es kann
usgesagt werden, daß der Einfluß des Zentralnervensystems auf die
eklatant ist, wie der auf die Muskulatur. Auch auf die übrigen
nschließlich des knöchernen Skelettes, ist der Wachstumseinfluß des
a evident; dieser Einfluß wird besonders deutlich bei infantilen
ankungen, besonders bei Encephalitis, Porencephalie und bei der
rogressiva im Kindesalter. Ausdrücklich darf bemerkt werden, daß
lie an und für sich nicht notwendig zu einer Verkleinerung des
hstums und der Größenentwicklung des Rumpfes und der Extre-
rt. Schon seit Jahrzehnten, seit *Andral*, *Lorrain* und anderen ist
, daß verschiedene allgemeine Erkrankungen in der Kind-
imstande sind, auch ohne Mitbeteiligung der Schilddrüse oder der
rüsen die Entwicklung in hohem Maße zu retardieren. Grade in
sind diese „von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismusformen"
erörtert worden (*Ferranini* u. a.). Dieselben werden in einzelnen
n später aufgezählt.

eßlich sei noch der interessanten Tatsache gedacht, daß die ver-
Formen und Ursachen der Entwicklungsstörung auch so tief-
Abänderungen setzen können, daß durch die Krankheit der ganze
pus eine Abänderung erfahren kann. Es ist ja eine bekannte
daß die Kretinen in Steiermark und Kärnten, in der Schweiz und
Savoyen und in den Pyrenäen alle wie Geschwister sich ähn-
und gewissermaßen einen einzigen Volkstypus darstellen. Schon
own unterschied bei den Idioten einen mongolischen, äthiopischen

Zeit der Mongolismus erörtert, (*Ireland, Shuttleworth, Beach, Metchnikow, Sanctis* u. a.). Nach *Metchnikow* zeigt eben das mongo die Persistenz eines Fötalzustandes. Nach *Sanctis* werden durch wicklungsstörungen gewissermaßen die anthropologischen Char Mutter und des Vaters in krankhafter Übertriebenheit dargestellt. aber aussagen, daß ich wiederholt gesunde Familien beobacht welche in Kretingegenden von Steiermark eingewandert sind, und die später folgenden Kinder den vollendeten landesüblichen Kret genommen haben. Die Meinung von *Sanctis* kann aber bezl. a wicklungsstörungen zutreffend sein. Die Anthropologen und Pathol *win, Topinard, Klebs* u. a.) haben schon seit längerer Zeit er solche krankhafte Entwicklungshemmungen bei Menschen und be einer Transformation der Rassenmerkmale führen können.

In körperlicher Beziehung können also nach dem Gesagte Typen von Infantilismen aufgezählt werden:

(Die Mehrzahl der im folgenden genannten Typen bieten Idiotie, Schwachsinn oder kindlichen Geisteszustand [infantilism cus] dar.)

Mit der folgenden Tabelle soll noch keineswegs eine systema teilung oder scharfe Trennung der verschiedenen Formen des In beabsichtigt sein, vielmehr eine Aufzählung, welche doch die in äußeren Ursachen und die einzelnen Typen hervorheben soll.

I. Generelle Infantilismen:

a) Infantilismus mit Myxödem und mit Kretinismus.
b) Mongolismus.
c) Infantilismus durch Fehlen oder durch Verkleinerung des G
d) Infantilismus mit primärer Erkrankung anderer visceraler I besondere der Nebenieren, der Thymus, der Bauchspeichelc
e) Infantilismus dystrophicus mit folgenden ätiologischen Unte
   α) Infantilismus bei Gefäßaplasie (I. anangioplasticus).
   β) Infantilismus bei primären Gehirnerkrankungen (ein beiderseitig).
   γ) Infantilismus bei erblicher Syphilis.
   δ) Infantilismus nach Alkoholismus und anderen Vergiftu Quecksilber usw.) der Eltern.
   ε) Infantilismus bei frühzeitig erworbenen anderweitigen Er und Stoffwechselstörungen wie
      Tuberkulose
      Chlorose
      Herzfehler (pulmonalis und mitralisinsufficienz)
      Pellagra und andere Endemien.
   ζ) Infantilismus durch Verkümmerung in schlechten hygien

Digitized by Google

II. Partielle Infantilismen:

ntilismus, bestehend in Verkleinerung der Sexualorgane.
ntilismus mit Mangel im Gebiete des kardiovaskulären Systems.
ntilbleiben der Stimme und der stimmbildenden Organe.
bleibender Haarwuchs (Fehlen des Bartes und der Pubes, aber auch übrigen Körperhaare mit guten Körperproportionen).
ıer Infantilismus psychicus.[1])

er-Berlin: Über den Unterricht der Idioten, Imbezillen achbegabten.

Vortragende gibt eine gedrängte Übersicht über die Methoden, n in Idiotenanstalten und Nachhilfeschulen unterrichtet wird; es i vor allem auf gleichmäßige Ausnützung bzw. Ausbildung der ıen Sinnesgebiete, besonders auch des Muskel- und kinästhetischen rt gelegt. Für verschiedene Zwecke haben sich u. a. neuerdings erarbeiten mit ein- oder mehrfarbiger Pastellinamasse sehr bewährt.

er Diskussion führt *Alt* zur Charakteristik der Schriften der an, daß in einer von jener Seite gemachten Zusammenstellung ärztlicher Leitung stehenden Idiotenanstalt Uchtspringe nicht mit sei. Der Unterricht im Formen und plastischen Arbeiten werde hr gepflegt, ferner ein Anschauungsunterricht an der realen Natur, ildern, gegeben. Sehr bewährt habe sich der von Schweden her Unterricht im Arbeiten am Handwebestuhl. Die Familienpflege es der geeignetsten Mittel zu bezeichnen, um die Idioten der ärzt-andlung wieder zuzuführen.

rag *Möller* und Diskussion nach *Hänels* Bericht in der Psychiatri-henschrift.)

er Diskussion bemerkt ferner *Gutzmann*, wenn man bedenke, ninierende Bedeutung die Sprache besonders für die Entwicklung ıfbau der bei Schwachsinnigen mäßigen Grades vorhandenen intellek-igkeiten habe, so müsse doch wohl auch dringend gefordert werden, ehrer an Schwachsinnigen-Schulen eine genügende Vorbildung in iologie, Sprachpsychologie und -Pathologie aufweisen können. Kurse sehr förderlich. In Berlin habe die Stadtschulbehörde dafür htung getroffen. Ferner müßten aber auch die Schulärzte, denen rizierung der kleinen Schulrekruten obliege, außer anderen Vor-n auch eine genügende Kenntnis auf dem Gebiete der Sprach-nachweisen, damit nicht mehr, wie jetzt noch ganz gewöhnlich, ngen und Verkennungen von Störungen vorkämen. Die Ärzte cht in die Lage kommen, sich dabei vor den Lehrern eventuell

---

e klinischen Merkmale des Infantilismus sollen in einem zweiten rtert werden.

Digitized by Google

Schiller-Ziehenschen Sammlung Bd. I aufmerksam: Bedeutung d
physiologie für den ersten Leseunterricht; ferner empfiehlt er die
der vor den Augen der Kinder geschriebenen Buchstabentäfelche
zeigt er, daß sich die Buchstaben des kleinen lateinischen Alp
sechs kleinen Strichen und Häkchen zusammensetzen lassen, und
diese Zusammensetzübungen dem Schreiben vorhergehen zu lasse

4. Sitzung, nachmittags 2 Uhr.

H. Vogt-Langenhagen. „Über den Mongoloidentypus de

Aus dem Gesamtgebiet der Idiotie grenzt sich klinisch sozusage
der Mongoloidentypus ab. Die Form ist in Deutschland bisher we
was in der Tatsache seinen Grund hat, daß auf die Idiotenfürso
psychiatrisch gebildete Ärzte keinen ausreichenden Einfluß haben
dafür aber auch in Betracht, daß die Krankheit bei uns viel we
ist (ca. 1 %) als in England (5 %). Das Wesen der Krankheit (*Frase
Neumann, Weygandt*) besteht in einer charakteristischen Habitus
plus Schwachsinn, beides ist angeboren. Die Habitusveränder
zunächst das Gesicht: Schlitzaugen, quere Stellung der Augenschl
Gesicht, stumpfe knopfförmige Nase. Der Mund ist meist offen,
groß und dick, daß Gebiß defekt. Die Form der Zunge erinnert
den Dermatologen Lingua scrotalis genannte Form, der Schäd
brachycephal; *Shuttleworth* wollte daraus einen besonderen S
ableiten. Zur Charakterisierung der Schädelform gehört noch
Verkleinerung, der Schädel ist eigentlich mikrobrachycephal,
beträgt meist 50,0, der Längenbreitenindex 85,0 — 91,0. Häufig
metrie des Schädels. Wichtig ist, daß so gut wie stets die Ko
ringert ist. Dieses Maß ist für die Beurtheilung der Gehirnentw
des Wachstums von besonderer Bedeutung (*Sommer* und nach ih
Die Ossifikation ist von vielen Autoren (*Kassowitz* u. a.) als normal
Weygandt hebt mit Recht hervor, daß gerade die Mongoloiden
retardierte Ossifikation zeigen. Vortragender demonstriert Röntge
Mongoloiden mit deutlich verzögerter Ossifikation. Ebenso ist d
meist verzögert, die Zahnbildung in 1. und 2. Dentition außerd
Charakteristisch sind die Plumpheit der Hände und Füße, ferne
beobachtende Verbildungen der Finger und Zehen (Verbildung de
Fingers, Verlängerung der 2. Zehen) — Degenerationszeichen treten
auf. Die Temperatur, die nach anderen Erfahrungen oft herabge
nach des Vortragenden Beobachtungen, von unwesentlichen Sch
abgesehen, normal. Bezüglich der inneren Organe haben *Tel
Taylor, Neumann, Kassowitz* u. a. schwere Störungen und Bild
am Herzen gesehen. Vortragender hat ohne objektiven Befund
tionelle Herzschwäche beobachtet. Die Psyche trägt keinen charak

Digitized by Google

e die ersten Beobachter vermuteten, sondern es umfaßt die mongo-
ie fast alle Formen des angeborenen Schwachsinns, erethische wie
Stufen. Es bestehen aber zweifellos gemeinsame Züge (Neigung
, Grimassieren usw.). Besonders gilt dies für die Bildungsstufe, fast
oloiden eignen sich für die untersten Unterrichtsstufen. Sie bringen
cht darüber hinaus. Keiner aus der Beobachtung des Vortragenden
reiben, die Sprache bleibt mangelhaft. Nach anfänglichen kleinen
n der Schule versagen die Mongoloiden bald völlig.

isse äußere Ähnlichkeiten des Mongolismus mit dem Myxödem haben
dazu geführt, die Organtherapie beim Mongolismus zu versuchen.
t bei den Mongoloiden bei dieser Therapie zunächst die Gefahr,
mpfindliche Herz durch das Mittel weitere Schädigung erfährt, was
en dazu zwingt, das Mittel bald ganz auszusetzen. In anderen
rd das Mittel gut vertragen. Die Wirkung läßt sich in folgender
arakterisieren: Es fehlt eine spezifische Wirkung, wie sie bei
usw. nach Darreichung des Mittels auftritt. Die charakteristi-
cheinungen der Krankheit, die beim Myxödem nach Thyreoidin
, bleiben im gleichen Fall beim Mongolismus bestehen. Was
rt, sind gewisse allgemeine Symptome, Fettleibigkeit, gedunsene
heit der Haut, Schwankungen im allgemeinen Zustand. Diese
erfahren bei allen Idioten (*Bourneville*), namentlich solchen mit
schen Erscheinungen, durch Thyreoidin Beeinflussung, wir wissen
diese Organkuren allgemein zellproliferatorische und regenerative
steigern (Knochenbruchheilung, *Bayon*) durch den Antrieb, den sie
vechselvorgängen verleihen. Darin ist es begründet, daß in der
t nach Verabreichung des Mittels eine geringe Besserung eintritt
wird praller, das allgemeine Befinden hebt sich, apathische Kinder
giler), die Besserung hält aber nicht an. Längenwachstum und
erfahren, wenn man die Beobachtung lange genug fortsetzt, keine
ng.

anatomisch untersuchter Fall zeigte keine nachweisbaren Ver-
n der Blutgefäßdrüsen (Milz, Nebenniere, Thyreoidea, Thymus). In
nde fällt folgendes auf: Breite erste Zone, Zellen unregelmäßig
nicht typisch gruppiert, Ganglienzellen im Markkörper zerstreut,
Abgrenzung der Rinde, zahlreiche Neuroblasten, also Momente,
rauf hinweisen, daß die letzten Stadien der embryonalen Hirnent-
eine Störung (Hemmung) erfahren haben. Dem entsprechen manche
körperliche Symptome an den Organen; nicht die erste Anlage
sondern die Entwicklung ist nicht völlig bis zum Ende typisch
.

st folgendes beachtenswert: Die Symptomatologie weist auf eine
elerkrankung hin. Die Myxödematösen werden normal geboren, die
setzt post partum ein, entsprechend der Tatsache, daß auch die
normaliter erst post partum ihre Tätigkeit beginnt. Ebenso kann

Digitized by Google

welche in der letzten Embryonalperiode in den Gang der Entwic
greift, deren Ausbleiben also einen Defekt der letzten Stadien de
zur Folge hat. Vortragender betont, daß er hiermit nicht eine
geben beabsichtige, sondern nur den Eindruck klinischer Beo
charakterisieren wolle. Vielleicht gibt es einen brauchbaren Fin
fernere Forschung. Wir sehen bei den Mongolen beides ver
die letzten Evolutionsstadien betreffende Hemmung der Entwic
zweifellose Symptome von Stoffwechselstörung. (Eigen

In der Diskussion bestätigt *Alt*, daß die Zahl der Mongol
in Sachsen nur 1 % der Idioten betrage. Er habe bis vor kurzem
daß der mongoloide Typus schon früh zum Tode führe; er habe
eines Besseren überzeugt, als er eines Tages zwei erwachsenen M
(Sachsengänger) begegnet sei. Er habe bemerkt, daß denselben d
sinn fehlte. Die Schilddrüse ist bei den Mongoloiden normal.
künftig bei Mongoloiden die Genitalorgane genau zu untersuch
glaube, daß da ein Organ krank sei. Er habe einen mongoloid
gekannt, der sich plötzlich verändert habe und ein sehr netter
worden sei.

Weygandt stimmt der Ansicht des Vortragenden hinsic
Schwierigkeit der Ätiologie zu, die eine genaue Abwägung der
Faktoren noch nicht zuläßt; verweist auf das häufigere Vorkomme
land. Die Hyposexualität zeigt sich auch in dem häufigen Ausb
sekundären Sexualzeichen, besonders des Bartwuchses.

Im Schlußworte erklärt *Vogt*: Die von *Alt* beobachteten Sch
sind ein wichtiges Anzeichen für die vermutete Stoffwechselnatur
heit. Die Beobachtung, betreffend die Sexualorgane, kann Vo
nicht erweitern, da seine Fälle im Kindesalter stehen. *Fraser* un
haben in Schottland freilebende mongoloide ältere weibliche Pers
kinderlos gesehen. Einen regionären Charakter hat die Krankheit
Beobachtung des Vortragenden in Hannover sicherlich nicht.

Heß-Görlitz: „Über Heboidophrenie."

Neben die Hebephrenie, die, von seltenen Ausnahmen abgese
zeitig mit intellektueller Schwäche einhergeht und in der Mehrzahl
zur Verblödung führt, stellte *Kahlbaum* 1884 eine „besondere klini
des moralischen Irreseins", d. h. eine den Entwicklungsjahren ei
anderen Psychosen wohl unterscheidbare Seelenstörung, die durch
walten ethischer Absonderlichkeiten und Perversitäten charakte
1889 nannte er diese Psychose Heboidophrenie oder Heboid
scharf vom angeborenen moralischen Schwachsinn als einer Teile
der Imbezillität zu trennen, sie ist nach *Kahlbaum* gekennzeichn
Abweichungen des gesamten Verhaltens, durch Abweichungen und

che Individualität des Menschen in sozialer Beziehung zusammen-
rakter, Persönlichkeit, Temperament), ferner in Abweichungen und
chkeiten des Trieblebens, die als Mängel oder Abweichungen der
en und der Sittlichkeit aufzufassen sind und in extremen Fällen
rbrecherische Neigungen und Taten äußern. Andere Symptome,
wächungen der Intelligenz oder auch entgegengesetzt hohe Entwick-
ben, überaus geniales Wesen, Abschwächungen oder Steigerungen des
ns, können im einzelnen Fall vorhanden sein, sind aber nicht
isch." Wesentlich für die Psychose ist die Entwicklung in der
nd in den Jugendjahren; Seelenstörungen in höherem Alter mit
von moralischen Symptomen sind von der Heboidophrenie völlig
.

hrenie und Heboidophrenie gehören eng zueinander, sie bilden
die hebetischen Formen der Seelenstörung. Die hebephrenen
d die symptomatisch umfassenderen, schwereren, in der Regel un-
die Heboidophrenie ist gewissermaßen ein Ausschnitt aus dem
bilde der Hebephrenie. *Wernicke* erkennt die Heboidophrenie als
Psychose des Pubertätsalters an und betrachtet sie als eine Unter-
einer „moralischen Autopsychose" (erworbene moral insanity).
r zählte unter seinen Aufnahmen 7,7 % sichere und 6 % zweifel-
von Heboidophrenie, nach den Geschlechtern: m. 10 % sichere
9 % sichere Fälle.
uffallende Differenz ist nicht durch die Geschlechtsunterschiede,
rch äußere Umstände bedingt. Da die Heboidophreniker für die
ne oder laienhafte Beobachtung kaum das Gepräge der geistigen
zeigen, kommen sie im allgemeinen nur ausnahmsweise in irren-
handlung, viel häufiger haben Lehrer, Theologen, Polizei, Gerichte
u tun. Im Verlauf einer Heboidophrenie erleidet die Intelligenz
keine Einbuße, sondern entwickelt sich weiter. Sinnestäuschungen
orstellungen fehlen, allenfalls auftretende Beziehungsideen haben
nentaren Charakter, sondern werden korrigiert; ein Ausgang in
, Schwachsinn oder Verblödung ist ausgeschlossen, dagegen be-
wo keine Heilung erfolgt, die Gefahr des Ausgangs in eine asoziale
ziale Laufbahn. Zur Illustration seiner Ausführungen teilt H. die
chichte eines Heboidophrenen mit. (Eigenbericht.)

r Diskussion erklärt *Neisser*: So dankenswert es schon aus
r Pietät wäre, ein von *Kahlbaum* aufgestelltes Krankheitsbild
ligen zu lernen, und so sehr es auch praktisch erwünscht sein
llen mit vorwiegend sog. moralischen Symptomen ihre patholo-
art besser erweisen zu können, so ist mir doch die Heboido-
recht scharf faßbar erschienen, und auch trotz der wirkungsvollen
elche der Vortragende jetzt und früher mitgeteilt hat, muß ich

Krankheit als solche und gegenüber anderen, namentlich der H
zugerechneten Formen kenntlich machen. Es würde gewiß vorte
wenn *Heß* zur besseren Kennzeichnung der Form aus dem reic
*baum*schen Material eine größere Zahl von Fälle veröffentlichen m

Heilbronner hat, trotzdem ihm das Krankheitsbild in der
baum geschilderten Form geläufig ist und er wiederholt durch ein
an die *Kahlbaum*sche Schilderung erinnert wurde, sich nie e
können, die Diagnose: Heboidophrenie zu stellen, und hat sich übe
der Selbständigkeit der Heboidophrenie nicht überzeugen können
nach dem Verlauf, den die Fälle späterhin nach anfänglicher
nehmen, insbesondere ob Vortragender im weiteren Verlaufe mar
melancholische Zustände beobachtet habe. H. selbst sah einzelne
zunächst das Bild der Heboidophrenie zu bieten schienen, sich spä
zirkulär entwickeln; andere Fälle, bei denen allerdings ein zirk
lauf nicht konstatierbar war, boten symptomatologisch enge Verw
mit den neuerdings mehr besprochenen Bildern der chronischen M

Gaupp schließt sich den Anschauungen von *Heilbronn*
Hauptsache an. G. hat nie einen eindeutigen Fall von Hebe
gesehen; in den Fällen, in denen man an diese Erkrankung denk
handelte es sich, wie bei genauerer Beobachtung klar wurde, en
manische Erregungen (bisweilen auf imbeziller Grundlage) oder
lisches Irresein als angeborene Störung, deren Äußerungen mit
treten der Pubertät und dem stärkeren Erwachen des Triebleb
fälliger wurden, oder endlich um leichte Hebephrenie.

Auch *Kreuser* schließt sich denen an, die an dem einheitlich
heitsbild der Heboidophrenie zweifeln. Ein Teil der hierher g
Kranken seien zweifellos Zirkularier, wie dies die Vorredner ausgefi
Andere gehörten der psychopathischen Degeneration, vorzugsweise
tärer Basis, an; unter dem Einflusse der Pubertät verfallen sie d
intoxikation infolge der dieser Periode eigentümlichen Stoffwechs
und durch äußere Einwirkungen, Alkohol- und andere Exzesse, in
Störungen unbestimmter Art. Diese Fälle seien es wohl vorzug
bei Aufhören der akzidentellen Schädlichkeiten die günstige Progn
wie sie der Vortragende im Auge hatte. Eine dritte, sicherlich
kleinere Gruppe entwickle sich später im Sinne einer Paranoia;
ihm bekannten Falle wenigstens, der in weiteren Kreisen Aufse
habe, sei die für Heboidophrenie angeblich charakteristische
deutlich nachzuweisen gewesen.

Im Schlußwort erwidert *Heß*, daß es nicht in seiner A
heute eine ausführliche Symptomatologie der Heboidophrenie
Kahlbaum hatte seine psychiatrische Erkenntnis und seine neuen
formen, besonders die Katatonie und die Hebephrenie, aus seine
tungen in der Provinzialanstalt Allenberg gewonnen, erst viel spä

Aufstellung der Krankheitsform Hoboidophrenie. Die Differential-
ann in der ersten Zeit sehr schwierig oder unmöglich sein, daher
Prozentzahl der zweifelhaften Fälle. Von den mit Sicherheit zur
renie gerechneten Fälle ist keiner periodisch (manisch-depressiv)
Von den Hypomanischen unterscheiden sich die Heboidiker durch
an Ideenflucht und ihre kaltblütige Ruhe. Die sog. Degeneration
Boden für die Entstehung der Heboidophrenie wie vieler andern
abgeben, genügt aber nicht zur Kennzeichnung einer bestimmten
art.

lkoholische Verkommenheit ist häufig nichts weiter als eine Folge
lophrenie. Die Heboidophrenen, die nicht geheilt werden, geraten
die Verbrecherlaufbahn oder bringen sich in Stellungen durchs
ihren ursprünglichen sozialen Verhältnissen und ihrer Erziehung
Weise entsprechen.

er-Lichtenberg-Berlin: „Zur Frage der Lues nervosa."

„Lues nervosa" verstehen einige Autoren besondere „Formen des
es, welche mit ihrer Schädigung mit Vorliebe das Nervensystem
". Durch sie sollen die Tabes und Paralyse sowie die übrigen
nen" Erkrankungen der nervösen Zentralorgane entstehen.
rtragender tritt zunächst an der Hand zweier Obduktionsprotokolle
näher, ob eine Notwendigkeit, solche besonderen Syphilisformen
n, besteht. Er kommt zu dem Ergebnis, daß sich die beiden
ter ohne die Annahme einer Lues nervosa erklären lassen.
i den Fällen infantiler und familiärer Tabes usw. müßte man in
die Frage aufwerfen, warum fast immer einige von der hypothe-
es nervosa Befallene von Tabes, Paralyse usw. frei bleiben.
i den konjugalen Fällen zeigt sich ganz deutlich, daß diejenigen
nen nach voraufgegangener Infektion beide Ehegatten an Tabes usw.
die Minorität bilden. Vortragender fand 14 konjugale Fälle
tabischen bzw. paralytischen Ehefrauen.
Freibleiben so vieler Infizierter legt s. E. die Mitwirkung anderer
eben der Syphilis nahe.
an darf nicht allein solche Gruppen von aus gleicher Quelle In-
chen, in denen nur Tabes und Paralyse usw. vorkommt, sondern
auch auf Ehen oder Familien achten, in denen ein Mitglied eine
ein oder mehrere andere Eingeweidelues oder Ähnliches haben.
e Frage, wieviel Syphilitische Tabes usw. bekommen, ist von *Erb*
twortet worden, daß Tabes allein bei 2—5%, syphilogene Erkran-
s Nervensystems bei 10—15% aller Syphilitischen beobachtet
Vortragender vergleicht mit diesen Zahlen die von *Kron* und ihm
uierten gefundenen [Tabes: 14% (*Kron*), 9,9% (Vortragender),

diese Zahlenverhältnisse der Annahme einer Luęs nervosa nicht gü

Vortragender schließt aus seinen Beobachtungen, daß sich Notwendigkeit, eine besondere Form des Syphilisgiftes für die „syp Nervenkrankheiten verantwortlich zu machen, nicht herleiten läßt.

(Eiger

Schröder-Breslau: „Beitrag zur Lehre von den Intox psychosen."

Vortragender bespricht die Symptomatologie der akuten psy Zustände bei Vergiftungen mit Blei, Jodoform und Salizylsäure u oxyd. Er hebt hervor, daß die Intoxikation mit diesen chen differenten Stoffen psychische Störungen hervorrufe, die symptom ander recht nahe stehen, die zum mindesten eine große Reihe ge das Bild beherrschender Züge haben; obenan stehen Bewußtse Neigung zu Krampfanfällen und zu deliranten Zuständen.

Gemeinsam ist ihnen ferner: die kurze Dauer, das rasche die Tendenz zur Restitution; was in schweren Fällen zurückbleibt fache psychische Schwächezustände ohne Progression.

Ihrer Erscheinungsform nach stehen diese Störungen denjen welche wir schon vielfach bei schweren organischen Schädig Gehirns (Tumoren, Schädeltraumen, Meningitiden), ferner bei de interkurrenten Phasen im Verlauf der sogenannten hirnatrophis zesse (Senium, Arteriosklerose und namentlich Paralyse) sehen. den psychischen Störungen bei Gehirnkrankheiten näher als den s funktionellen Psychosen.

Vortragender bespricht weiter die Unterscheidungen zwisch und chronischer Vergiftung, sowie zwischen direkter und indir wirkung. Es gibt eine große Reihe von Stoffen, welche bei jedem nach einmaliger Dosis unmittelbar Zustände hervorrufen, welche Benommenheit, Rausch, Erregung usw. bezeichnet werden. Ob es haupt Stoffe gibt, welche nach einmaliger Verabreichung bei Ge direkte Giftwirkung Psychosen machen, muß als sehr fraglich werden: für die praktisch in erster Linie in Betracht kommenden das ausgeschlossen werden. Bei ihnen wissen wir, daß stets eine holte Aufnahme nötig ist. Im Verlaufe solcher chronischer Int sehen wir dann, daß psychische Störungen auftreten bei Giften, b wir als Folge einmaliger Aufnahme Einwirkungen auf das Ge kennen (Blei, Ergotin): zweitens, daß bei Giften, welche nach Aufnahme direkt die psychischen Funktionen beeinträchtigen Excitantia), sich psychotische Störungen entwickeln, welche ganz sind als die direkten Giftwirkungen: drittens, daß die Störunge allerverschiedensten Giften einander in weitem Maße ähnlich sind.

Diese Tatsachen sind am leichtesten zu erklären durch die daß es sich bei den geschilderten psychotischen Zuständen nich

Gifte körperliche Veränderungen gesetzt werden, und daß auf dem ser Veränderungen sich gegebenenfalls die akuten psychischen entwickeln. Zahlreiche Tatsachen sprechen dafür, daß für diese olle in erster Linie das Gefäßsystem in Anspruch zu nehmen ist. em „Zwischenglied" kommen im Einzelfall noch allerlei prädis- Momente oder auslösende Ursachen in Betracht.

zeigt, daß man es sicher bei diesen allgemein als Intoxi- chosen anerkannten Zuständen nicht mit einem einzigen, isolierten n Momente zu tun hat, daß es sich, streng genommen, sicher hier enominatio a potiori handelt.

agender erörtert zum Schluß die Schwierigkeiten, welche entstehen, den Nachweis führen will, daß die vielfachen andersartigen ungen, welche als Folgezustände von Vergiftung mit den an- Stoffen beschrieben worden sind, als echte Intoxikationspsychosen verden dürfen. (Eigenbericht.)

Vortrag erscheint ausführlich in der Allgemeinen Zeitschrift für)

ischer-Prag: „Über die anatomischen Grundlagen des ides der Cerebrospinalflüssigkeit bei progressiver "

erglich bei 20 Fällen von progressiver Paralyse den cytologi- nd des kurz vor dem Tode entnommenen Liquor cerebrospinalis stologischen Befund der Meningen des Gehirns und Rückenmarks, ganz gleichen Untersuchungsbedingungen. In erster Linie weist hin, daß dort, wo es sich um das Studium der in der Cerebro- gkeit vorkommenden Zellen handelt, dieselben durch sofortigen tz vor der destruktiven Wirkung des Liquors geschützt werden n solchen Präparaten findet man gewöhnlich drei Zellarten: hocyten, dann größere plasmareiche Zellen und meist nur in ver- len Mengen polynukleäre Leukocyten. In allen seinen Fällen ein übereinstimmender Parallelismus zwischen dem Zellengehalt s und dem der Meningen des untersten Rückenmarksabschnittes, in Parallelismus mit dem Infiltrationszustande der Meningen des d der oberen Rückenmarksabschnitte nicht aufzufinden war. Dieser us war nicht nur der Art, daß Fälle von stärkerer Zellenvermeh- n Meningen auch eine stärkere Lymphocytose aufwiesen, sondern m Verhältnis der einzelnen Zellenarten:

wo die Lymphocyten im Liquor überwogen, fanden sich in den auch zumeist Lymphocyten und daneben nur spärliche Plasma- egen wo die größeren plasmareichen Zellen relativ vermehrt waren, die Plasmazellen in den Meningen vermehrt.

Plasmazellen der Meningen entsprechen, und daß wir in der C
Liquors nichts anderes als einen Indikator für den Infiltrationsz
Meningen des untersten Rückenmarksabschnittes haben. (Eige

In der Diskussion äußert *Alzheimer* einige Bedenke
Verhältnisse so einfach liegen, wie es nach den dankenswe
suchungen des Vortragenden auf den ersten Blick scheinen möchte
findet sich z. B. beim Gehirnabszeß nicht selten eine erhebliche
der polynukleären Leukocyten der Cerebrospinalflüssigkeit, ohne
entsprechende Vermehrung der gleichen Elemente in den Me
Rückenmarks nachweisbar wäre. Das gleiche hat er wiederholt
kulöser Meningitis der Fossa Sylvii und der Basis beobachtet.
ihm Fälle bekannt, bei welchen im Leben eine Lymphocytose d
spinalflüssigkeit bestand, obwohl die Diagnose nicht auf Paraly
auf Arteriosklerose zu stellen war. Es handelte sich um alte
Die anatomische Untersuchung ergab die Richtigkeit der Diagnos
Mangel von Lymphocyten in den Meningen an vielen daraufhin u
Schnitten aus verschiedenen Höhen des Rückenmarks. Diese Beo
scheinen ihm dafür zu sprechen, daß die Zellen der Cerebrospin
nicht immer aus den benachbarten Meningen stammten.

Hartmann kann aus eigenen Erfahrungen bestätigen, daß die
zahlen in der Cerebrospinalflüssigkeit bei paralytischen Anfällen h
wesentliche Vermehrung zeigen. Hingegen teilt *H.* mit, daß
schon mehrfach leukocytäre Infiltration des Acusticus bei Tabes

Andrerseits kann *H.* berichten, daß vor, während und nach p
Anfällen ohne interne Komplikationen im Blutbefunde eine echte
auftritt mit Zahlen von über 20000 und daß auch in den anfallfr
oft erhöhte Zahlen gefunden werden.

Plaut-München: „Psychologische Untersuchungen an
kranken."

Vortragender schildert kurz die von *Kraepelin* und seinen Sc
gebildete Methode des fortlaufenden Addierens einstelliger Zahle
forschung der Art des Ablaufs geistiger Tätigkeit und erläutert die
Gesichtspunkte über die Zusammensetzung der geistigen Arbeitsk

Die Eigenschaft der Methode, daß sie eine objektive Messu
müdbarkeit gestattet, führte zu ihrer Anwendung bei Unfallsk
gerade Unfallskranke so überaus häufig über gesteigerte Ermüdbarl
Es wurden derartige Untersuchungen von *Gross*, *Röder* und neue
Specht vorgenommen. Diese Forscher kamen zu dem Ergebni
Unfallskranken in der Mehrzahl der Fälle tatsächlich gesteigerte
keit vorliege, und besonders *Specht* vindizierte der Methode we
praktisch wertvolle Eigenschaft, daß sie in jedem Falle zur Aufde
Simulationsversuchen führe.

Digitized by Google

n, erschien es mit Rücksicht auf die großen individuellen Schwan-
e man schon bei Gesunden findet, geboten, diese Untersuchungen
größeren Materiale durchzuführen. Vortragender hat darum 22 Un-
in der Münchener Psychiatrischen Klinik untersucht.
in geeignetes Vergleichsmaterial zu gewinnen, stellte er die gleichen
ngen an 18 dazu besonders ausgewählten Wärtern an. Da sowohl
en wie die Kranken fast ausnahmslos der Landbevölkerung ent-
und ihre Bildung auf Dorfschulen erhalten hatten, konnte man bei
ppen annähernd die gleiche Vorbildung für das Addieren voraus-

Krankenmaterial war insofern einheitlich, als es sich nur aus
rn und Tagelöhnern zusammensetzte. Sehr verschieden waren die
en Schädigungen. Es fanden sich schwere Schädelfrakturen,
d leichte Kontusionen und Quetschungen des Rumpfes und der
, Verbrennungen, infizierte Wunden und auch mechanische unbe-
Einwirkungen. Die klinischen Bilder zeigten nahezu alle Varia-
man bei Unfallskranken findet. Ausgesprochen hysterische Fälle
chen somatischen Zeichen, schwere neurasthenische und hypochon-
rmen, einfache schlaffe willenlose Leute und reizbare, querula-
ntenkämpfer. Wichtig ist, daß fast alle Kranken über gesteigerte
eit klagten.
rbeitswerte der Gesunden schwankten zwischen 263 und 130 Addi-
Minuten. Von den Unfallskranken ragten nur 3 in die Gesund-
hinein und eine Anzahl zeigte auffallend niedrige Werte, die
en Arbeitsunfähigkeit nahe kamen (14—18 Additionen in 5 Minuten).
ion von Diagrammen und Kurven. Es ist zu entscheiden, ob
Herabsetzung der arbeitsfördernden oder durch eine Steigerung
hindernden Einflüsse, insbesondere der Übungsfähigkeit beziehungs-
Ermüdbarkeit, die geringe Arbeitsfähigkeit der Unfallskranken ver-
d.
Gesunden erwiesen sich als in verschiedenem Grade übungsfähig;
gen standen in keinem direkten Verhältnis zur Übungsfähigkeit.
sfähigkeit der Unfallskranken war beträchtlich herabgesetzt; bei
tel derselben nahmen die Leistungen sogar von Tag zu Tag ab.
e erscheint wichtig gegenüber den Ergebnissen der Untersuch-
chts. *Specht* gelangte zu der Auffassung, daß ein Übungsfortschritt
äßig ergeben müsse, und sieht in dem Fehlen von Übungswirkungen
es Erkennungsmittel der Simulation. Demgegenüber kann Vor-
nach dem ganzen klinischen Verhalten der betreffenden Kranken
mtheit behaupten, daß Simulation in diesen Fällen nicht vorlag.
ntersuchungen der Ermüdbarkeit ergaben ausgedehnte Schwankungs-
ohl bei den Gesunden als bei den Kranken. Das vergleichende
der beiden Gruppen ließ erkennen, daß von einer Ermüdbarkeit

sich als weniger ermüdbar als die Gesunden, die übrigen wiesen die sämtlich in die Gesundheitsbreite hineinfielen, und nur eine person überstieg die bei Gesunden gefundenen Werte. Die let leistete jedoch so wenig, daß bei ihr eine eigentliche Arbeitsermi geschlossen erscheint.

Aus dem Verlaufe der Kurven kann man gewisse Anhalts das Eingreifen des Willens in den Gang der Arbeit gewinnen; e die sogenannten Antriebswirkungen, die sich vorwiegend zu Be gegen Ende der Arbeit geltend machen. Es hat sich herausge derartige Willensspannungen bei den Unfallskranken in der Me Fälle sehr gering sind oder ganz fehlen.

Wenn man sich diese Ergebnisse vergegenwärtigt: die geringe fähigkeit, die geringe Übungsfähigkeit, die geringe Ermüdbarkei Fehlen ausgeprägter Willenswirkungen, so gewinnt man den Ein es sich hier um Störungen von einer besonderen Eigenart handeln finden eine mehr oder weniger bedeutende Insuffizienz, und zwa suffizienz, für die eine im engeren Sinne physiologische Begründ Wir haben es jedenfalls hier mit seelisch bedingten Störungen z gehen wohl kaum fehl, wenn wir annehmen, daß es sich im we um Willenstörungen, die bis zu einem nahezu völligen Versagen d führen können, handelt. Die Kranken strengen sich nicht an od sich nicht anstrengen, darum ermüden sie nicht, und weil sie nicl machen sie keine Fortschritte. Die Ursache für das Versagen d läßt sich aus den Kurven nicht ohne weiteres ableiten. Es ka um Hindernisse handeln, die in Affekten liegen und die Kranken ihre Aufmerksamkeit auf die Arbeit zu konzentrieren; oder es darum handeln, daß die Kranken von vornherein nicht imstande anzuspornen. In solchen Fällen — und dies scheint für die große zuzutreffen — gestattet die Methode nicht, eine Abgrenzung von lation vorzunehmen; denn hier wie dort handelt es sich ja um Vor die die Arbeit beeinflussen, und wir vermögen nicht zu unterscl krankhaftes oder willkürliches Nichtwollen vorliegt. Es ist nicht zu daß Simulationsversuche, zumal solche, die auf Vortäuschung steigerten Ermüdbarkeit abzielen, bei höheren Leistungen regelmäßi werden können; sobald aber die Arbeitswerte so gering sind, w Mehrzahl der vorliegenden Fälle, kann man sich vor Täuschun schützen.

Wir stehen hier an der Grenze dessen, was die Methode vo leisten vermag; es ist jedoch zu hoffen, daß die Ausdehnung gl Versuche auf alle den Unfallserkrankungen klinisch verwandten wie wir sie in der Hysterie, der Neurasthenie, der Nervosität us uns wertvolle Beziehungen aufzudecken und uns auf dem beschritte noch ein Stück vorwärts zu führen vermag. Weiterhin ist die

Digitized by Google

des psychomotorischen Verhaltens und der Auffassung und Merk-
er Traumatiker die nächste Aufgabe der experimentellen Psycho-
liesem Gebiete. Vielleicht gelingt es dann auch, die klinischen
en, die sich auf eine exaktere Umgrenzung der Unfallserkrankungen
rch das psychologische Experiment wirksam zu unterstützen.

(Eigenbericht.)

Uhr schließt der Vorsitzende *Moeli* die Versammlung, dankt den
n sowie allen denen, die an dem Gelingen des Kongresses mit-

Sonntag, 22. April, fand die Besichtigung der neuen Münchener
Pflegeanstalt Eglfing statt unter Führung des Herrn *Vocke* und
e.

Nitsche. *Probst.*

---

ammlung des Vereins der Irrenärzte Nieder-
s und Westfalens am 6. Mai 1906 in Hannover.

send waren: *Alber*-Woltorf, *Alt*-Uchtspringe, *Bartels*-Hameln, *Benno-*
ndes-Hannover, *Bruns*-Hannover, *Bunnemann*-Ballenstedt, *Cramer-*
Cohen - Königslutter, *Delbrück* - Bremen, *Engelken* - Rockwinkel,
derode, *Farwick*-Münster, *Fontheim*-Liebenburg, *Fontheim*-Göttingen,
slar, *Gerlach*-Göttingen, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Gerstenberg*-Lüne-
-Hedemünden, *Griese*-Hildesheim, *Grimme*-Göttingen, *Hampe*-Braun-
eine-Hannover, *Hermkes*-Warstein, *Hesse*-Ilten, *Hoppe*-Uchtspringe,
pringe, *Klaus* - Schierke, *Kleffner*-Eickelborn, *Koch*-Rinteln, *Lütge-*
Matthes - Blankenburg, *Mönckemöller* - Osnabrück, *Peltzer* - Bremen,
sheim, *Reckmann*-Oeynhausen, *Reinhold*-Hannover, *Rizor*-Langen-
öder-Lüneburg, *Schütte*-Osnabrück, *Schwabe*-Hannover, *Stolzenburg-*
tahr-Königslutter, *Stüber*-Hildesheim, *Tantzen*-Langenhagen, *Többen-*
ölker - Langenhagen, *Wagenknecht* - Hannover, *Weber* - Göttingen,
edermarsberg, *Westphal*-Hannover.

Vorsitzenden wird gewählt: *Gerstenberg*-Hildesheim, zum Schrift-
heim-Göttingen.

ntritt in die Tagesordnung gedenkt Vorsitzender des verstorbenen
liedes Sanitätsrat Dr. *Wagemann*-Lemgo. Die Versammlung ehrt
en des Verblichenen durch Erheben von den Sitzen.

ntrag *Cramer*-Göttingen wird § 6 der Statuten durch einstimmigen
hin abgeändert, daß die Sitzungen statt um 3 Uhr um 2 Uhr beginnen
Uhr schließen sollen. Die Vortragsdauer wird jedesmal vor Beginn
bestimmt, indem die Zahl der Vorträge in die von 2—6 Uhr zur
stehende Minutenzahl dividiert wird. Die Versammlung tritt dann
rdnung ein. Zunächst erhält das Wort:

Digitized by Google

Bruns-Hannover: „Neuropathologische Demonstratio

Vortragender stellt zuerst einen Patienten vor, bei dem er d Cysticercus im vierten Ventrikel stellen möchte. Vortragender ha 51 jährigen Mann im Jahre 1901 mehrere Wochen behandelt und gendes notiert: März 1901. Hat zweimal bei plötzlichen heftigen des Kopfes Anfälle von plötzlichem Hinstürzen mit ganz kurzer B keit gehabt; einmal ist dabei nachträglich auch Erbrechen eingetret erscheinungen bestehen weder während der Anfälle noch zwische Hörschärfe ist jedenfalls eine ziemlich gute, dagegen bestehen seh schmerzen sowohl im Vorderkopfe wie im Hinterkopfe. Psychisch ophthalmoskopisch nichts; an den Hirnnerven und den Extremitä Gang sicher und gut. Herz etwas beschleunigt, aber sonst nicht finden;. Augen stehen etwas vor, es besteht aber starke Kurzsich sonders links. An den Ohren nichts.

Bekommt auch bei mir im Sprechzimmer solche Anfälle na Drehungen des Kopfes, doch hatte ich dabei nicht den Eindruck, bewußtlos war.

Im Urin 1,27% Zucker.

Als Diagnose habe ich notiert: *Menière*sche (?) Anfälle be Ventriculus IV. Hat nie Bandwurm gehabt.

Ich habe also damals jedenfalls schon an einen Cysticerkus Ventrikel gedacht; die Diagnose *Menière* war ja wegen des Fe Hörstörung sehr zweifelhaft.

Im April 1901 habe ich einmal keinen Zucker, im Mai et gefunden.

Am 2. Juni habe ich notiert: Keine eigentlichen Schwindela ein sehr tappender Gang; etwas mehr Kopfschmerzen. Ophthal nichts. Die Augen sehr groß — Myopie —, aber keine Bewegungsbe Dann verlor ich Patient aus den Augen.

Am 4. Mai 1906 ließ mir Herr Prof. *Reinhold*, Direktor d Städtischen Krankenhauses I, mitteilen, der Patient befände sic Begutachtung auf Invalidität im Krankenhause; er habe sich auf m und ich möchte ihm doch meine Notizen über meine Beobachtun Ich tat dies und bat zugleich darum, den Kranken, wenn möglic stellen zu dürfen, wozu Herr Kollege *Reinhold* freundlichst seine gab. Vorher will ich mitteilen, daß der Zustand jetzt noch ungefä ist, wie im Juni 1901. Es findet sich andauernd Zucker in Menge; das ophthalmoskopische Bild ist normal. Nystagmus be Kopfschmerzanfälle ab und an: im ganzen nicht sehr stark.[1]) Schw

[1]) Nachträglich erfuhr ich von der Frau des Patienten, da ganzen letzten Jahre hindurch Perioden von relativem Wohlb solchen von schwersten Kopfschmerzen und Erbrechen abgewech In den schweren Perioden auch manchmal Verwirrtheit. Die letzt

Digitized by Google

nicht, da Patient jede Drehbewegung des Kopfes ängstlich meidet. daß er seinen Kopf ängstlich steif hält; der Gang ist tappend. Schritten, ohne eigentlich cerebellaren Typus. Aufgefordert den ehen, tut er das nur langsam im geringen Maße; bei einer raschen ehbewegung sinkt Patient unter den Zeichen großer Angst in sich und würde, wenn nicht gehalten, nach vorn zu Boden gestürzt er Zustand, in dem Patient wohl auch leicht benommen ist, dauert kunden, dann richtet er sich wieder auf, geht aber noch etwas wie früher.

esteht hier also das von mir beschriebene Symptom heftiger nfälle bei brüsken aktiven oder passiven Kopfbewegungen, neben auftretenden Kopfschmerzen — hier nicht sehr hochgradig —, herem Gang und Zuckerharnruhr. Ich habe in dieser Versammlung 02 bei Demonstration eines Präparates von freiem Cysticercus im rikel, wo ich die Diagnose vor der Autopsie gestellt hatte, gemeint, Symptom wohl besonders bei freiem Cysticercus im vierten Ven- nden sein dürfte. *Oppenheim* hatte dem auch zuerst zugestimmt s Symptom den Namen *Brunss*ches Symptom vorgeschlagen; er später selber auch bei flottierenden (an Ependymfäden befestigten) gefunden und bestreitet also den pathognomonischen Wert für e des freischwimmenden Cysticercus. *Henneberg* hat bei einem Cysticercus im vierten Ventrikel das Symptom vermißt: *Osterwald* ntralblatt 1906, Nr. 6) hat es dagegen bei freiem Cysticercus gesehen: nicht. Ich selber zweifle nicht daran, daß das Symptom, wie ja Fall lehrt, auch bei flottierendem Cysticercus vorkommt; ja gewiß mal bei fixiertem und bei anderen Tumoren in der Gegend des rikels; aber ich glaube, und dem stimmt auch *Oppenheim* zu, daß Stärke und Deutlichkeit wie bei freiem Cysticercus bei anderen en nicht auftritt. Auch der plötzliche Tod ist übrigens kein patho- es Zeichen für den Cysticercus ventriculi IV, sondern kommt z. B. einhirntumoren vor. Interessant ist in diesem Falle der Diabetes, erade oft bei Ventrikelcysticercen nachgewiesen ist.

eine etwaige Operation anbetrifft, so habe ich dieselbe nur mit ve, bei der großen Gefahr, die sie bietet, in Erwägung gezogen: auch im vorliegenden Falle die Verantwortung dafür nicht über- ch glaube allerdings, daß bei einer Eröffnung des vierten Ventrikels Ependymfäden leicht befestigter Cysticercus sich losreißen würde ausbefördert werden würde.

eiter Linie stellt Vortragender einen Fall von metastatischem Kar- er Basis der linken hinteren Schädelgrube vor. Bei der 36 Jahre tin finden sich jetzt: links Abduzenslähmung mit entsprechenden

Digitized by Google

erdings im Oktober 1905. Manchmal auf der Straße plötzliches

Doppelbildern; links Acusticuslähmung mit Schwerhörigkeit ohne
wenig Schwindel; links totale Facialislähmung mit kompletter
reaktion, links Gaumensegel- und Pharynxlähmung mit sehr de
lissenartigem Verschieben des Pharynx nach rechts bei Pho
Stimmbandlähmung und heisere Sprache, links totale Atrophie
cleidomastoideus und sehr starke des oberen Teiles des Tra
faradische Reaktion noch vorhanden, aber herabgesetzt gegen
vanische träge. Links Schmerzen und in den letzten Tagen Par
Hypalgesie im ganzen Trigeminusgebiete; Geschmack fehlt in
vorderen Zungenpartie. Schmerzen stark auch im Knochen hinte
Warzenfortsatze und leichte Nackenstarre. An den Extremi
Keine allgemeinen Kopfschmerzen, kein Erbrechen, keine Stauun
der rechten Brust ein inoperables Karzinom mit vielfachen regi
stasen in der Haut der Brust.

Patientin fühlte sich im Oktober 1905 sehr schwach, litt
figen und heftigen Schwindelanfällen, besonders beim Aufstehen
legen. Dann Schmerzen hinter dem linken Ohre. Im Dezemb
unter heftigen Schmerzen die totale linksseitige Facialislähmun
Zeit darauf die linksseitige Lähmung des Gaumensegels, Pharynx
bänder und wohl auch des Sternocleidomastoideus und Cucu
April 1906 die linksseitige Abduzenslähmung und linksseitige
neuralgien, jetzt auch Parästhesien und Gefühlsstörungen im
gebiete links. Es besteht jetzt also eine Affektion des 5.—11
links ohne Beteiligung des Gehirns selber. Bei dem Mammaka
man wohl an Karzinommetastasen denken, die wohl im Schädelkn
da auch Knochenschmerzen bestehen. Karzinommetastasen in
knochen sind viel seltener als solche in der Wirbelsäule.

Im Jahre 1901 sah Vortragender einen Fall mit ganz de
allmählich entwickelnden Symptomen von seiten der linken Hir
war auch der Hypoglossus im geringen Maße beteiligt. Bei der
sich ein vom Mittelohr ausgegangenes Plattenepithelkarzinom
das den Nerv bei seinem Durchtritt durch den Knochen zerstör
sonstiges Karzinom fand sich hier nicht. Hier war die Geschwul
noch in den Pharynx hinter dem Oberkieferaste durchgebrochen
sich Ödem der linken Gesichtshälfte ein. Charakteristisch für d
das vollständige Intaktbleiben des Hirnstammes und das Fehler
Hirndrucksymptome, da die Hirnnerven erst beim Durchtritte
Knochen affiziert werden.

An dritter Stelle demonstriert Vortragender einen Fall von
neuraler Muskelatrophie bei einem Knaben. Der Patient ist
(diese Ztschr. Bd. 60. S. 747) der Versammlung gezeigt, und Vortr
ihn nur wieder vor, um darauf hinzuweisen, wie außerordentlich l
Fälle verlaufen. Es besteht immer noch Parese der Dorsalflexor
der Interossei und Peronei mit Pesequinovarusstellung und K

hne eigentliche Lähmung, aber mit schweren elektrischen Störungen: Reaktion in den Dorsalflexoren der Füße, galvanische und farakungsträgheit in der Wadenmuskulatur. Patellar- und Achillesn; nur die Atrophie der linken Interossei der Hände scheint etwas schritten.

ns zeigt Vortragender die Präparate eines ebenfalls 1903 in vivo ten Falles (a. a. O. S. 746). Wegen des genaueren klinischen Befundes en damaligen Bericht verwiesen werden; erwähnt sei nur, daß r den Fall klinisch als Epilepsia continua bezeichnet hat, anaam er einen sehr diffusen Prozeß der Rinde, eine diffuse, vielleicht öse Sklerose an. Der Knabe starb 1904 und das Gehirn wurde en neurobiologischen Institute von Dr. *Bielschowsky* untersucht; ren sage ich für ihre Mühe auch hier meinen besten Dank. *ys* Bericht ist folgender:

sucht wurden Gyr. centralis ant., Gyr. post. centr. und die hintere Gyr. front. sup. der linken Hemisphäre.

en Gefäßen findet sich übereinstimmend eine Proliferation der der Adventitia. Daselbst vereinzelte Lymphocyten und Fettlen.

n nach *Bielschowsky* gefärbten Präparaten aus dem Gyr. cent ant. ahlreiche kleine perivaskuläre Herde, welche sich scharf von der aft abheben. In diesen Herden finden sich vereinzelte erhaltene hen und eine Anhäufung dunklen staubförmigen Pigmentes n), welches offenbar aus dem Zerfall roter Blutkörper hervorst.

Parenchymbestandteile (Zellen, Zellfortsätze und Achsenzylinder) in ihnen meist dicht aufeinander gerückt und sind stellenweise Am auffallendsten ist eine Art körnigen Zerfalls in den entn Zellen und ihren Dendriten.

Verhalten des Parenchyms in den Herden und ihre eigentümliche sprechen dafür, daß in der Umgebung der Gefäße im Gefolge hagien eine Verdichtung des Stützsubstanz (Neuroglia) stattgefunden Zellen und ihre Fortsätze einander genähert hat.

die Feststellung besonderer Struktureigentümlichkeiten an den len ist das Material deshalb nicht geeignet, weil es in ungenügender t ist. An der äußeren Form der Ganglienzellen sind im Fibrillen*chowsky*) keine wesentlichen Abweichungen von der Norm zu Im *Nissl*-Präparate fällt eine diffuse Blaufärbung des Zellkörpers n den kleinen Zelltypen allenthalben auf. Die chromophile Sub- den Pyramiden und Riesenpyramiden der vorderen Zentralwindung aufgestäubt und von der diffus gefärbten plasmatischen Grundnwer zu sondern. Diese Veränderungen des *Nissl*schen Äquivalentkadaveröser Natur. Als pathologisch sind dagegen starke Quellungs-

besonders an den kleinen Formen der Zellen hervortreten. D
auch von einer Anzahl von Zellexemplaren, welche in ihrem Aus
der sogenannten akuten Zellveränderung *Nissls* entsprechen.

Die pathologisch-anatomische Diagnose kann sich im wesen
auf die Veränderungen an den Gefäßen stützen. Die Herdbildu
fertigen die Bezeichnung einer interstitiellen Encephalitis, welche
perivaskulärer Sklerosen geführt hat.

Die anatomische Untersuchung hat also bestätigt, daß es sic
diffusen Prozeß der Rinde handelte; nur war es nicht eine
sondern eine noch fortschreitende Encephalitis. Damit steht
Krankeitsbild der andauernden Reizerscheinungen in der gesam
muskulatur besser im Einklange.

Fünftens zeigt Vortragender noch die anatomischen Präp
ebenfalls 1903 demonstrierten Falles von spinaler infantiler Mus
Dieser Fall ist 1901 im Anfangsstadium in der Deutschen Ze
Nervenheilkunde publiziert; 1903 stellte wie gesagt Vortragender
viel vorgerückterem Stadium dieser Gesellschaft vor. Anfang 1
Patient im 10. Lebensjahre gestorben. Herr Prosektor Dr. *Str*
Medulla spinalis untersucht und mir folgenden Bericht gesandt;
danke ich ihm freundlichst:

Das Mark hat in den aus Hals-, Brust- und Lendenmark u
Stichproben jeweils nur noch ganz vereinzelte, gut erhaltene
Ganglienzellen im Vorder- bzw. auch Seitenhorn. Möglich, ja ni
scheinlich ist, daß auch diese der groben Form nach erhaltene
Nissl-Färbung (nach *Müller*-Härtung nicht zu machen) Veränd
Granulastruktur zeigen würden. Im übrigen sind die Ganglienzellen g
der Kern zackig oder fehlt, das Protoplasma ist verdichtet, di
fehlen ganz oder sind als kurze dicke Stämme noch zu sehen; m
auch noch ein Ausläufer gut erhalten, die anderen geschrumpft. H
die geschrumpften Zellen in weiten leeren Pericellulärräumen.
sehr vieler Ganglienzellen liegt ein formloses Häufchen körnige
ohne Kerne, ohne Ausläufer. Am besten sind diese Dinge i
Präparat zu sehen, weil dort das schwarze Fasernetz die Stellen
Ganglienzellen (bzw. der übrig gebliebenen Reste) umspinnt
Stellen als gelbe Räume im Fasernetz erscheinen; an *Gieson*-Pr
überhaupt nur noch sehr wenig von Ganglienzellen zu sehen. D
markhaltigen Fasern in den Vorderhörnern erscheint stellenweis
entzündliche Prozesse oder beträchtliche Vermehrung der Glia si
angewandten Methoden nicht zu konstatieren; an einzelnen Stelle
Vorderhorn, auch am Rande, wo die Ganglienzellengruppen lage
die Glia mäßig vermehrt. Die weiße Substanz zeigt keine gr
änderungen; in manchen Schnitten erscheinen in der Gegend de
der vorderen Wurzeln die Nervenfasern gelichtet. Wurzeln sind v

bt, aber im wesentlichen normal sind, enthalten die vorderen nur
rlich erhaltene Markfasern; die übrigen sind atrophisch bzw.
, ohne Markscheide. Die *Clarke*schen Säulen (im Brustmark)
benfalls Atrophie eines Teiles ihrer Ganglienzellen zu haben.
anatomische Untersuchung hat also die in vivo gestellte Diagnose
Muskelatrophie bestätigt. Bisher ist das überhaupt sehr seltene
bild der infantilen spinalen progressiven Muskelatrophie nur ver-
atomisch bestätigt worden.

nn spricht *Cramer*-Göttingen über Aphasie. Er geht davon aus,
Gebiet der Hirnpathologie eine so ausgedehnte Bearbeitung ge-
d so mannigfache Wandlungen durchgemacht habe. Von den
ntersuchungen sind die *Lichtheim*s, vor allem aber die *Wernicke*s
Schüler die wichtigsten. Doch sei das Bestreben nach Lokalisation
chen nach Herderscheinungen zuviel hervorgetreten, wenig beachtet
Publikationen von *Goldscheider* und *Möli*, die die Lokalisation
lassen und mehr dies Gebiet vom psychologischen und psycho-
Standpunkte betrachten. Wenn auch einfacher Besitzstand von
nsstellen, bei deren Verletzung bestimmte Ausfallserscheinungen
vorhanden ist, so findet man trotzdem z. B. bei Fällen von
sen und Tumoren, wo die Lokaldiagnose absolut sicher für motorische
rische Aphasie spricht, daß die Erkrankung nicht dort ihren Sitz
er Ausfall sie hindiagnostiziert. Es handelt sich dort oft um Fern-
durch Hyperämie oder Anämie, ferner um toxische Prozesse,
sich auch bei Anämien zeitweilig aphasische Symptome. Ferner
die individuelle Veranlagung und der Umstand, daß der eine mehr
ischen, der andere mit optischen Erinnerungsbildern oder mit
egungs-Erinnerungsbildern arbeitet, von Wichtigkeit. *Cramer* weist
er darauf hin, daß die Agraphie bei den motorisch aphasischen
die mit der Wortbewegungs-Bilderbildungsstätte zu arbeiten ge-
l, leichter auftritt, als bei denen, die mehr akustisch veranlagt
es schon schwer, selbst geringere aphasische Zustände ohne
ls organische Herderkrankungen zu lokalisieren, so ist es bei
teren Formen, wo die Wege zu den Begriffszentren, d. h. dem all-
großen Assoziationsbogen verlegt sind, z. B. der transkortikalen
überhaupt kaum möglich, es sind dies meist Fälle, die auf der
den Geisteskrankheiten stehen.

er berichtet sodann über folgenden Fall: Witwe, 63 Jahre alt, am
ber 1905 in die Irrenanstalt aufgenommen. Patientin ist viel in
herumgekommen, spricht französisch und englisch, der Mann hat
bt, sie selbst zweimal einen Schlaganfall. Rechtsseitige Paresen
nts- und Extremitätenmuskulatur, sowie gesteigerte Reflexe der
xtremitäten sprechen deutlich für einen linksseitigen Herd. Die

diesen körperlichen Symptomen fand sich bei der Aufnahme
auf sprachlichem Gebiete. Das Sprachverständnis ist erhalten, N
ist möglich, Spontanschreiben, Abschreiben erhalten, das spontan
ist zeitweise erschwert, es fehlen ihr häufig die Worte für ab
konkrete Begriffe. Bei optischen Eindrücken tritt die erschwerte
deutlich hervor, obwohl alle optischen Eindrücke richtig verstan
Es besteht daneben Paraphasie und Perseveration.

Seit dem 9. Februar 1906 tritt völliger Rückgang der aphas
ptome ein, während die körperlichen Erscheinungen weiter beste
Redner faßte den Fall als transkortikale, motorische Aphasi
Charakters auf, als Zeichen einer alten Hirnlues, die mit Schwan
läuft. Einen gleichen Rückgang der Symptome kann man auch be
die sich mit der Zeit kanalisieren, beobachten.

In der Diskussion weist *Bruns* auf die scharfe Auffassung vo

Alt-Uchtspringe: „Zehn Jahre Familienpflege in de
Sachsen."

Vor nunmehr zehn Jahren habe ich hier im Verein berichte
Uchtspringer Bestrebungen zur Erlangung eines seßhaften Pf
unter Berücksichtigung der familiären Irrenpflege.

Die sämtlichen zu dem Zwecke von uns getroffenen und
wirksam angesprochenen Einrichtungen, von denen ich außer ein
senen Lohnerhöhung nur erwähne: Einführung der Dauernachtw
sonderte Beköstigung des Pflegepersonals, Auszahlung der Kosten
an die verheirateten Pfleger und namentlich die Schaffung besond
wohnungen mit der Möglichkeit, einige Kranke in die Familie au
haben sich im Laufe dieser zehn Jahre nicht nur bei uns vor
währt, sondern auch vielfach anderwärts derart Nachahmung u
gefunden, daß sogar Prioritätsfragen aufgeworfen worden sind.
damals von unseren Einrichtungen erhofft und vorhergesagt wur
getroffen.

Nur in einem Punkte habe ich mich geirrt, nämlich in de
daß die Mehrheit auch der zu diesem Berufe besonders geeigne
willten Persönlichkeiten kaum länger als fünf bis sechs Jahre dien
werde. Die Erfahrung hat gelehrt, daß infolge der wesentlich
erleichterung, der besseren Besoldung, namentlich aber infolge d
keit, ein richtiges Heim zu gründen und geregelten Hausstand
der Pflegerberuf bei weitem nicht so rasch verbraucht, wie ich
angenommen habe. Von den damals im Dienst befindlichen Pf
auch heute noch eine ganze Anzahl bei uns angestellt, ohne d
merkliche Einbuße ihrer Dienstfähigkeit erlitten hätten. In all

[1]) *Alt*, Beitrag zur Wärterfrage mit Berücksichtigung der

Digitized by Google

abe ich meine damaligen, Ihnen hier vorgetragenen Anschauungen
nten nicht zu ändern. Das gilt namentlich in bezug auf die Ein-
d raschere Verbreitung der Familienpflege mit Zuhilfenahme des
nals. Wie Sie sich noch erinnern werden, habe ich damals die
eäußert, daß in jeder Provinz viele Hunderte von Kranken seien,
einer geeigneten Familie weit zweckmäßiger untergebracht sind,
bestgeleiteten Anstalt. Zu der Zeit wurde ja bekanntlich als
l gegen die Einführung der Familienpflege immer die Behauptung
eführt, daß es an den für diese freieste Verpflegungsform geeig-
ken fehle und der Prozentsatz der an die Familienpflege abzu-
Kranken ein so geringer sei, daß ihr nur eine untergeordnete Be-
igelegt werden könne.
so wurde behauptet, es fehle in den allermeisten Gegenden und
ler Nähe der bestehenden Anstalten an geeigneten und gewillten
ur Ausübung dieser werkfreudigen Nächstenliebe. In Ilten, bei
d wo sonst noch die Familienpflege — und zwar überall nur in
em Maße — Eingang gefunden habe, seien eben besonders
erhältnisse.
egenüber war ich der Ansicht, daß so gut wie überall Familien-
eführt werden könne, wenn der leitende Arzt für diese freieste
sform Interesse und Geschick bekunde. Es komme nur darauf
euerung in richtiger Weise in die Wege zu leiten, man müsse
ie Familien der aktiven und gewesenen Pfleger heranziehen, sich
weiter in der Nachbarschaft ausdehnen und in geeigneten Ge-
inere Zentralen errichten, von denen aus besonders brauchbare
lien unter entsprechender psychiatrischer Anleitung als Pioniere
ewußten Familienpflege zu verwenden seien. Daß auf dem
Familienpflege rascher Entwicklung fähig sei, war mir nicht

Sie aus dieser Tabelle ersehen, ist die Zahl der Familienpfleglinge
zinz Sachsen im Laufe der zehn Jahre von 0 auf 475 angestiegen.
Beweis für die Wahrheit der damals geäußerten Ansicht, daß
ematische Ausbildung einer ausgedehnten familiären Irrenpflege
tung der Anstalten herbeigeführt werden könne.
so rasche Einführung und noch überraschendere Ausdehnung der
ege in der Provinz Sachsen ist genau nach dem vor zehn Jahren
ein entwickelten Plane vor sich gegangen. Erst blieb die Familien-
hränkt auf die Familien der in dem eigens erbauten Dörfchen
e i c h wohnenden Pfleger und niederen Angestellten. Ganz von
e sich, wie erwartet war, auch in der Nachbarschaft das Ver-
enfalls Pfleglinge zu haben. Wir gaben erst vereinzelte Kranke in
elegenen Dörfer und in die 14 km entfernte Kreisstadt Garde-
flege. Nachdem so drei Jahre hindurch genügend eigene Er-

Familienpflegen des In- und Auslandes ergänzt waren, glau
rascherem Tempo übergehen zu sollen. Im Februar 1900 gene
sächsische Provinziallandtag die von mir entworfenen Grundsätz
erforderlichen Mittel zu einer rascheren, ausgedehnten Einfü
familiären Irrenpflege. Der schnelle und stetige Anstieg der Kurv
Erfolg dieser Beschlüsse. In der Umgegend von Jerichow und
selber, wo ausgesuchtes Pflegepersonal zunächst von einer ermiet
sorischen Zentrale aus die Pionierarbeit unter der Führung eines
für die Familienpflege geeigneten und interessierten Arztes auf
jetzt gegen 200 Kranke vortrefflich in Familien untergebracht.
größer ist die Zahl der Familienpfleglinge in der Uchtspringe be
Kreisstadt Gardelegen, wo ebenfalls eine kleine Zentrale erm
und ein für diese Verpflegungsform besonders berufener Ko
Assistenz geeigneten Oberpflege- und Pflegepersonals mit großer
und Glück fortgesetzt neue Pflegerfamilien heranbildet.

Die Frage, ob die dazu geeigneten Kranken in der Fa
ebenso gut oder besser aufgehoben sind wie in einer guten Anst
Sie selber am besten beantworten können, wenn Sie unsere
Kolonien mit Ihrem Besuche beehren.

Daß die Familienpflege sowohl in bezug auf die erstmalig
kosten wie namentlich auch im laufenden Betrieb sich erhebl
stellt als die Anstaltspflege, bezweifelt heutzutage niemand mehr.

Meinen vor zehn Jahren in dieser Versammlung gehalten
schloß ich mit den Worten: Ich hoffe in absehbarer Zeit den
Beweis dafür erbringen zu können, daß diese Pläne keine Phant
sondern genau durchdachte und wohl zu verwirklichende Vorsc
die in gleicher Weise dem Wohl der Kranken, der verdienten
der Steuerzahler Rechnung tragen.

Ich glaube heute, mein damaliges Versprechen eingelöst

Delbrück-Bremen weist in seinem Vortrag: „Zur Kostenfra
oder kleinerer Krankenpavillons" darauf hin, daß in neuerer
größere Anstalten gebaut werden und größeren Pavillons aus Sp
rücksichten vielfach das Wort geredet wird. Demgegenüber tri
Ansicht *Alts* bei, daß größere Pavillons gar nicht unbedingt billig
vielleicht sogar teurer sind. Er erbringt dafür unter anderen ei
matischen Beweis, insofern die bei großen Häusern nötige rechtec
rißanordnung gegenüber der quadratischen eine Verteurung beding
vor kritikloser Empfehlung großer Häuser und empfiehlt dringe
herige sorgfältige Prüfung der Kostenfrage. (Der Vortrag
„Psychiatrischen Wochenschrift" erschienen.)

In der Diskussion tritt *Alt* für kleinere Anstalten ein und v
hin, daß dadurch auch den jüngeren Irrenärzten Aussicht auf leit

er Epileptiker."

Vortrag soll ausführlich im „Neurol. Centralblatt" erscheinen.)

er Diskussion sagt *Schwabe*, daß er durch salzarme Nahrung hervor- Einfluß bei Epileptikern gesehen habe (Anfälle werden seltener).

er-Göttingen: „Kleinhirnkrämpfe".

Bedeutung des Kleinhirns als Bewegungsorgan findet ihren kli- usdruck darin, daß wir zwei durch Erkrankungen des Kleinhirns Bewegungsstörungen kennen: die cerebellare Ataxie und die cere- hmung (*Mann*). Beide Störungen treffen die der erkrankten Klein- entsprechende Extremitätenseite. Vortragender bringt klinische ngen, welche es wahrscheinlich erscheinen lassen, daß einseitige rkrankung noch ein drittes Motilitätssymptom hervorrufen ckungen und Krämpfe der gleichen Extremitätenseite. ende Beobachtungen werden angeführt:

all: Linksseitiger otitischer Kleinhirnabszeß bei einem 19jährigen Mehrmalige Trepanation, Punktion des Kleinhirnabszesses, Rückgang gspapille, Abfall des Fiebers, Heilung der Operationswunde; dann zwei ch der Operation plötzlich linksseitiger Krampfanfall vom *Jakson*- rakter, bei dem aber schließlich das Bewußtsein schwand und ein erfolgte. Später erfolgten noch Zuckungen im linken Bein. Die ung ergab außerdem um diese Zeit: Atrophie und spastische Parese n Beins ohne Entartungsreaktion, Babinski rechts, Abweichen der h links. Diese Symptome und die Operationsstelle gestatten die ose: Granulationsbildung bei der Ausheilung des linksseitigen oszesses, welche die linke Hälfte der Medulla oblongata oberhalb idenkreuzung drückt; Mitbeteiligung des linken peripheren Hypo- Die Atrophie des rechten Beines ist eine zentrale, bedingt durch gung der Pyramidenbahn oberhalb der Kreuzung. Es bleiben also und Krämpfe der linken Extremitäten nach Abszeß- und Granu- ung an der linken Kleinhirnhemisphäre.

all: 21jähriger Mann. Rechtsseitige Otitis media, Stauungspapille, n. Rückgang der Stauungspapille. Später Zuckungen im Bein, Ataxie der rechten Hand.

all: 19jähriger Mann. Sturz von 8 m Höhe. Verletzungen über n Stirnhöcker und am linken Hinterkopf. Blutungen aus dem r. Bewußtlosigkeit. Nach 14 Tagen linksseitige Ohreiterung, in sten Wochen Fieber, Kopfschmerz, Schwindel, Stauungspapille. er akuten Erscheinungen nach vier Monaten; Taubheit auf dem . Fünf Monate nach dem Unfall ausgesprochen linksseitiger An- m öfter solche Anfälle. Auch acht Jahre nach dem Unfall noch spastische Parese und Ataxie der linken Extremitäten (auch des

Digitized by Google

krankt, wie später die Sektion ergab, an isolierter hydrocepha
weiterung des rechten Unterhornes. Neben anderen Syptomen
ihm rechtsseitige spastische Parese, Fußklonus rechts, Zuck
rechten Arm und in der rechten Schulter, die auch durch
der rechten Hinterhauptschuppe ausgelöst wurden.

5. Fall (früher von *Cramer* beobachtet und publiziert): 48jä
leidet seit dem 14. Lebensjahre an ausgesprochen linksseitigen ep
Krämpfen, häufig gefolgt von transitorischer linksseitiger Lähm
Sektion ergibt Atrophie der linken Kleinhirnhemisphäre, Verklei
rechten roten Kernes, Atrophie und Rarefikation der Ganglien
rechten motorischen Region.

6. Fall (von *Kutner* mitgeteilt Medizin. Klinik Jahrg.
24jähriges Mädchen. Seit dem dritten Lebensjahr linksseitige
und Krämpfe vom Jaksonschen Typus; schlaffe motorische un
Hemiplegie links. Befund: linke Kleinhirnhemisphäre kleiner als
und derb anzufühlen; rechte Hemisphärenoberfläche trocken,
platt, die Ventrikel nicht erweitert.

Bei allen diesen Fällen interessiert hier nur die Tatsache,
Erkrankungen einer Kleinhirnhälfte Zuckungen und
auf der gleichen Extremitätenseite beobachtet wurden
Folgende Möglichkeiten ihres Zustandekommens sind denkba

1. Reizung der gleichseitigen Pyramidenbahn unterhalb der
durch den Erkrankungsprozeß der Kleinhirnhemisphäre. Das i
scheinlich aus topographischen Gründen, ferner weil in drei der
Fälle (Atrophie der Kleinhirnhemisphäre) gar keine Einwirkung
barorgane stattfand, endlich weil, wie längst bekannt, Reizung der
bahn keine Krämpfe macht. Im ersten Fall fand eine Reizung der
bahn oberhalb der Kreuzung statt; die Folge war nur eine spasti
und Atrophie der zugehörigen (der Kleinhirnerkrankung gegenübe
Extremität.

2. Die Affektion einer direkten cerebellospinalen Bahn, di
Kleinhirnhemisphäre zu der gleichen Rückenmarksseite verläu
von Monakow). Es ist möglich, daß ihre Schädigung bei der
Ataxie und Lähmung eine Rolle spielt; für die Entstehung von
dürfte sie aus denselben Gründen, wie die Pyramidenbahn, nich
kommen.

3. Reizung der kontralateralen motorischen Großhirnrinde
wirkung infolge von Hirndrucksteigerung. Aber in zwei von den s
bestand überhaupt keine Hirndrucksteigerung (Atrophie des Kle
drei anderen Fällen traten die Zuckungen und Krämpfe erst n
des akuten, Hirndruck verursachenden Prozesses auf.

Da wir aber trotzdem eine Beteiligung der motorischen Gr
zur Erklärung von Zuckungen und Krämpfen der Extremitäten

einhirnhemisphäre zur kontralateralen Großhirnhemi-
eht, krankhafte Reize nach dem Großhirn übertragen
nd von dieser Stelle aus Krämpfe der entsprechenden
ätenseite auslösen. Eine solche Bahn ist bekannt: sie geht
einen Kleinhirnhemisphäre durch den Bindearm nach dem ge-
oten Kern, von da durch den sensiblen Teil der inneren Kapsel
Großhirnrinde.

alerweise werden auf diesem Wege der Großhirnrinde die vom
aus den Extremitäten gesammelten „Innervationsmerkmale" (*Mann*)
unbewußte Eindrücke von den Spannungsverhältnissen der Musku-
welche zur Regelung der Bewegung vielleicht in hemmender Weise
r Wegfall würde cerebellare Ataxie oder Lähmung zur Folge haben.
derselben Bahn auch im Kleinhirn selbst entstehende krankhafte
Großhirn zufließen und dann exzessive Bewegungen — Krämpfe —
n können, ist nach experimentellen Untersuchungen von *Prus* und
hrscheinlich; sie sahen nach elektrischer Reizung einer Kleinhirn-
Kontraktion der gleichseitigen Extremitäten; diese Kontraktionen
s, wenn vorher die kontralaterale Großhirnrinde abgetragen war,
dafür, daß zu ihrem Zustandekommen die Mitwirkung des Groß-
ist. Daß das Kleinhirn hemmende Einflüsse dem Großhirn zu-
aus einem Experiment *Russels* hervor, der nach Abtragung der
nhirnhälfte durch Absinthvergiftung viel eher auf der gleichen
enseite klonische Zuckungen hervorrufen konnte, als auf der ent-
zten.

ch ist zu erwähnen, daß *Bonhoeffer* nach Affektion der Kleinhirn-
ote Kern-Bahn hemichoreatische Bewegungsstörungen sah.

somit das Vorkommen gleichseitiger Extremitätenkrämpfe bei
einer Kleinhirnhemisphäre klinisch und anatomisch erwiesen ist,
es noch weiterer Beobachtungen, um festzustellen, ob diese „cere-
rämpfe" so charakteristisch sind, daß sie mit verwertet werden
der Diagnose der Erkrankung einer Kleinhirnseite. (Eigenbericht.)

Bunnemann referiert über das Buch *Paulys*: „Lamarkismus und
us" und seinen im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie"
en Aufsatz: „Über den Begriff des Psychischen." *Pauly* verwirft die
e Selektionstheorie, nimmt dagegen mit *Lamark* ein aktives Prinzip
anismen an, welches bei der Entwicklung der Lebewesen ursächlich
g zu bringen ist und als ein psychisches aufgefaßt werden muß.
lso in allen organischen Einheiten, zellularen wie molekularen
Tierreiches als auch des Pflanzenreiches, ein allgemeines, orga-
ychisches Vermögen. Zwischen den Molekülen untereinander und
und Organen gleicherweise findet ein suggestiver Ausgleich statt,

Digitized by Google

höher entwickelten Organismen bildet sich als Organ der
suggestiven Ausgleiches zwischen organischen Einheiten das N
aus und in ihm vollziehen sich spezielle suggestive Prozesse
Entwicklungsstufe, die Vorgänge in der grauen Rinde, denen
stellungsleben entspricht. *Pauly* kommt zu der Annahme eines
psychischen Vermögens aus der Wahrnehmung der überall in
nischen Entwicklung zu beobachtenden persönlichen Zweckmäßi
persönliche Moment führt uns zum bewußten Empfinden, woc
das Psychische charakterisiert ist. In diesem allgemeinen,
psychischen Vermögen ist nach *Bunnemann* eine spezifische,
Energieform zu erblicken und zwar die höchstentwickelte, nur in
sierten Welt vorkommende Energieform, bei deren Annahme
prozesse begreiflich, das Gesetz von der Erhaltung der Kraft
organisierten Welt durchführbar, die Rätsel, vor denen uns die
stehen ließ, lösbar erscheinen. An das Vorhandensein dieser
ist das Leben gebunden. Sie vermag sich aktiv und reaktiv Gelt
schaffen, auf andere Energieformen hemmend und bahnend zu wi
andere Energieformen gefördert oder gehemmt zu werden, ande
formen vermögen sich in dieselbe umzusetzen (Sinneszellen
organe), und sie selbst vermag sich wieder in andere Energieforr
wandeln (Erfolgsorgane, Muskel, Drüsenzellen). Die Nervenleit
psychisch induktiver Vorgang, eine Fortleitung bewußten Emp
Molekül zu Molekül und von Zelle zu Zelle. Die durch Induktion
dynamische Spannung unter den Molekülen, Zellen und Nervenz
infolge besonderer lokal sich bahnender Aktivität polarisiert we
Nervenzentren, Aufmerksamkeit und Wille — die ersten beiden z
folgende stoffliche Differenzierung, die zweiten beiden sind nicht loka
Die spezifischen Energien, hervorgegangen aus dynamischer Ba
Adaption der Moleküle an einen speziellen Erregungsreiz und Ve
Nichtgebrauch der Reaktionsfähigkeit für andere Erregungsreize,
nur in den Sinnesorganen, sondern auch in den vegetativen Orga
der Entfaltung von Wachstumsenergien zu erblicken. Sie entv
nach bestimmter Gesetzmäßigkeit durch Beschränkung in der
Vervollkommnung in der anderen Richtung. Sehen ist aus a
organischem, bewußtem Empfinden hervorgegangenes spezielles, i
Richtung (Lichtwellen) vervollkommnetes, bewußtes Empfinden. D
mäßigkeit ist schon in der anorganischen Natur zu erkennen und
das Psychische selbst als eine spezifische aus Beschränkung u
kommnung hervorgegangene kosmische Energieform, und Bewuß
stellungsleben und der daraus abstrahierte Begriff als etwas a
Entwickeltes.

Das allgemeine, organische, psychische Vermögen bewußten
steht zu unseren daraus entwickelten oberbewußten psychischen
der Hirnrinde in keinem ausdrückbaren und faßbaren (größeren

ide selbst sind energetische Prozesse von verschiedenster Intensität
en, unter denen erstens der Schlaf bei äußerer oder durch innere
n erzeugten Ausschluß von Erregungsreizen, zweitens das Gemein-
Bewußtseins, das Wachsein, durch indifferente Erregungsreize erzeugt,
ns die durch differente Erregungsreize über die Schwelle des Ober-
s hinaus gehobenen Empfindungen und Vorstellungen leicht sich
den lassen. In der organisierten Welt ist zur Erklärung der Lebens-
eine Annahme einer weiteren, etwa physiologischen Energieform
g. Der Begriff der Physiologie ist deshalb entweder überflüssig,
der Psychologie unterzuordnen. Man könnte teilen in allgemeine
nische Psychologie und spezielle Psychologie oder die Lehre von
tion im Nervensystem. Durch die Annahme einer spezifischen
n Energieform, der psychischen Energie, gelangen wir zum ersten
iner einheitlichen Auffassung der Lebensprozesse.

me-Göttingen: Im August 1905 brach in der Provinzial-Heil- und
alt in Göttingen eine Typhusepidemie aus. Sie blieb auf die Frauen-
nränkt und lokalisierte sich hier hauptsächlich auf der Station der
Kranken, während auf den übrigen Abteilungen nur einzelne durch
ektion bedingte Fälle auftraten. Die Ätiologie hat sich nicht
stellen lassen; nur soviel kann als sicher angenommen werden,
den Einrichtungen der Anstalt — Wasser, Milch oder den anderen
nitteln; Klosetts — nicht begründet war. Die Keime müssen von
auf die zuerst infizierte Station eingeschleppt sein. Es kommen
den in Betracht. Erstens ist es möglich, daß Arbeiter, die kurz
dieser Station einen Umbau vorgenommen hatten, und die aus der
weg mit Typhus verseuchten Umgebung Göttingens stammen, die
geschleppt haben. Zweitens kann dies durch eine im Anschluß an
aus erkrankte Patientin geschehen sein, die auf dieser Station auf-
wurde. Sie wurde zunächst streng isoliert gehalten und erst dann
bteilung verlegt, als im Stuhl und Urin Bazillen nicht gefunden
Die Untersuchung wurde einmal ausgeführt; doch ist es möglich,
ht genügte. Denn es ergab sich durch konsequente Untersuchungen
uf der Epidemie, daß das Ausscheiden der Bazillen nach Ablauf
s in sehr vielen Fällen ein inkonstantes ist. Es ist also für die
giene notwendig, daß man einen Typhusrekonvaleszenten so lange
lich hält, bis in mehrmaligen Untersuchungen von Stuhl und Urin
cht mehr gefunden sind.
Ausbreitung der Epidemie geschah durchweg auf dem Wege des

rkrankten an klinisch völlig einwandsfreien Typhen 12 Patientinnen;
raten noch 4 andere auf, die in der Diagnose ganz unsicher blieben,
raktisch den Typhen gleichgesetzt werden mußten. Die Inkubations-

als das sicherste Symptom der positive Ausfall der *Widal*schen Reak
n den einwandsfreien Fällen immer am ersten oder zweiten Fieberta
zuweisen war. Einmal blieb der positive Ausfall mit nachfolgender
der Intensität die einzige Reaktion des Körpers auf die stattgehabte
Es ist also — unbeschadet der aus der Literatur bekannten Ausna
für die Anstaltshygiene notwendig, daß bei allen zweifelhaften Fie
sofort die Agglutination untersucht wird. Als das unsicherste diag
Symptom erwies sich das Fieber; einzelne Fieberkurven hatten
geringste Ähnlichkeit mit der typischen Typhuskurve. Ebenso darf
nicht täuschen lassen durch eine atypische Lokalisation des Proze
die der Beginn mit einer Pneumonie bildet. Für die Heilanstalten
kann wichtig, wenn ein Mitglied des Wartepersonals an einer Pneun
krankt und es sich feststellen läßt, daß es kurz vorher mit einem
Patienten zusammengekommen ist. Die Agglutinationsprobe wurd
ihrer großen Bedeutung nicht nur auf alle fieberhaft erkrankten,
auch auf den größten Teil der gesunden Patienten ausgedehnt. I
die Patientin, bei der das Auftreten und die Zunahme der Agglutin
einzige Reaktion des Körpers auf die Infektion bildete, später
Bazillen ausschied, wurden nicht nur alle wirklichen Rekonvaleszen
Ablauf der Krankheit auf Bazillen untersucht, sondern auch alle G
die mit den Infizierten in engere Berührung gekommen waren.

Von den weiteren Abwehrmaßregeln ist noch zu erwähnen,
eine Verschleppung der Keime auf die auf den Rieselfeldern arb
männlichen Kranken nach Möglichkeit zu verhüten, erstens die Klo
nfizierten Abteilung geschlossen und dafür mit Lysol angefüllte Na
aufgestellt wurden, die erst entleert werden durften, nachdem die
mehrere Stunden unter Lysol gestanden hatten; und daß zweitens di
Abwässer der Anstalt mit der entsprechenden Menge Kalkmilch
wurden, ehe sie auf die Rieselfelder gelassen wurden. Da gerade
der Typhuszeit wegen mehrerer Um- und Neubauten alle Patientin
Frauenseite in dem im Korridorstil erbauten Teil der Anstalt zu
gelegt waren, war die Durchführung der Abwehrmaßregeln sehr e

Wegen der durch die Psychosen gegebenen Komplikationen wi
einzelnen Erkrankungen oft sehr von der gewöhnlichen Verlau
Namentlich war es nicht möglich die strengen Vorschriften der Bett
der Diät allgemein zur Anwendung zu bringen. Bei den motorisch
Kranken blieb die Unruhe trotz des Fiebers unverändert bestehen
die Station häufig ein Aussehen gewann, daß ein Uneingeweihte
kaum eine Abteilung für schwer fieberhafte Patienten erkannt habe

Einmal trat Exitus ein.

(*Grimme* konnte wegen Zeitmangels seinen Vortrag nicht mehr

Gerst

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

e Zeitschriften. — Im Verlage von H. Delarue et Cie, rue des gustius, Paris (VIe) erscheint seit Beginn dieses Jahres eine neue che Zeitschrift unter dem Titel L'Encéphale, unter Mitwirkung llet, *E. Dupré*, *P. Kéraval*, *E. Régis*, *P. Sérieux* und *Ch. Vallon* ben von *A. Antheaume* und *M. Klippel*. L'Encéphale erscheint 6 Heften mit 1. Originalartikeln, 2. einer kritischen Übersicht über es wissenschaftliches Thema, 3. klinischen Mitteilungen, 4. einer alyse der wichtigen psychiatrischen Arbeiten des In- und Auslandes ematisch geordneten Bücheranzeigen.

éphale wird vervollständigt durch zwei andere Zeitschriften, La médecine légale psychiatrique et d'anthropologie cri- 6 Hefte jährlich) und L'Informateur des aliénistes et des stes (12 Hefte jährlich), beide herausgegeben von *Antheaume*.

nementspreis für das Ausland jährlich: L'Encéphale allein 23 fr.; eitschriften 33 fr. —

Journal of Abnormal Psychology, unter Mitredaktion von *sterberg*, *James J. Putnam*, *August Hoch*, *Boris Sidis*, *Charles* nd *Adolf Meyer* herausgegeben von *Morton Prince*, wird in jähr- en zu Boston, Mass., im Verlage des Old Corner Book Store, Inc., mfield Street zum Preise von 3,00 Dollars erscheinen. Es soll ch klinische und Laboratoriums-Untersuchungen über abnorme erscheinungen bringen, daneben aber auch rein psychiatrische nd Referate. Obwohl in englischer Sprache gedruckt, soll es inter- Charakter tragen, und auf besonderen Wunsch der Verf. können l in deutscher oder französischer Sprache aufgenommen werden. Heft ist im April d. J. ausgegeben worden und enthält vier Auf- *e Janet*-Paris: The Pathogenesis of Some Impulsions, *W. von Bech*- tersburg: What is Hypnosis?, *Putnam*: Recent Experiences in the Treatment of Hysteria und *Morton Prince*: The Psychology of igious Conversion.

Digitized by Google

Die nächste Versammlung mitteldeutscher Psychiater und
ogen findet am 21. Oktober d. J. in Dresden statt. Geschäftsfü
err *Ganser* und Herr *Boehmig*.

Psychiatrischer Kongreß in Mailand. — Wie bereits n
t, tagt vom 26. bis 30. September d. J. in dem herrlichen Mail
nternationaler Kongreß für Irrenfürsorge unter besonderer
chtigung der freieren Verpflegungsformen. Man darf wohl jetzt s
rund der zahlreichen Anmeldungen bekanntester Psychiater aus aller
ndern voraussagen, daß der Kongreß an Bedeutung hinter dem Antw
ongreß nicht zurückbleiben wird. Bekanntlich hat die deutsche Ps
Antwerpen vorzüglich abgeschnitten und durch ihr einmütiges V
allen Fragen den Ausschlag gegeben. Der Herr Vorsitzende des
ener Kongresses hat dann auch dem Herrn Staatsminister für äuß
elegenheiteu in einem offiziellen Schreiben den besonderen Dank
nerkennung der Kongreßleitung ausgesprochen. „Die in Ant
urch eine große Gruppe von Ärzten vertretene de
sychiatrie hat gezeigt," so heißt ein Abschnitt des Schreibens
ie auf der Höhe jeglichen Fortschrittes steht; die An
er von ihr formulierten und vertretenen Leitsätze hat en
en Erfolg der guten Sache, den Triumph der Familien
esiegelt."

Wir hoffen, daß auch in Mailand die deutsche Psychiatrie die
erpen behauptete Stellung nicht nur behaupten sondern neu festig
azu ist aber erforderlich, daß die deutschen Psychiater sich recht z
n schönen Mailand einfinden, das diesmal noch einen besonderen Anz
unkt durch die großartige Weltausstellung bietet.

Anmeldungen erbittet Professor Dr. *Alt*-Uchtsp

Preisaufgabe. — Die in Amerika bestehende „Nationale Ver
ir das Studium der Epilepsie" hat einen Preis von 1200 M. für d
bhandlung über die Entstehung der Epilepsie ausgesetzt, und zw
ie Teilnahme an diesem Wettbewerb den Ärzten aller Länder fr
bhandlungen müssen bis 1. September d. J. an den Präsidenten
inigung nach Sonyea, N. Y., eingesandt werden.

Digitized by Google

Klinik in Suchteln. — In Verbindung mit der neu eingerich-
inzial-Heil- und Pflegeanstalt Johannistal ist am 1. Mai eine
zur Behandlung von Epilepsie, Hysterie, Chorea usw. bei Ange-
r Rheinprovinz eröffnet.

Fürsorge für Geisteskranke in der Armee. — Die Zunahme
skrankheiten in der Armee und besonders die Wichtigkeit ihrer
n Feststellung machen es erforderlich, Einrichtungen zu schaffen,
ermöglichen, Leute mit zweifelhaftem Geisteszustande durch ent-
hierfür vorgebildete Militärärzte in besonderen Krankenabteilungen
ierzu erforderlichen Einrichtungen schnell in Behandlung und Pflege
u können. Es besteht daher der Plan, im Osten und Westen des
eine Station zu errichten, in denen je 12 Kranke aus den Bezirken
gelegenen Armeekorps beobachtet und behandelt werden können.
sollen in 125 Militärlazaretten besondere Räume hergerichtet werden
orübergehende Aufnahme von Geisteskranken bis zur Überführung
zu errichtenden Stationen. Die jetzt bei den Lazaretten vorhan-
richtungen für Geisteskranke entsprechen nicht den Anforderungen
gen Irrenpflege. Es müssen besonders Vorkehrungen getroffen
n die Kranken am Entweichen und an Gewalttätigkeiten zu hindern
ed. Wochenschr. 1906, Nr. 16).

---

h Ministerialerlaß ist bestimmt, daß die Ersatzkommissionen
davon zu benachrichtigen sind, wenn eine Person, über deren
das Heer noch nichts bestimmt ist, aus einer Anstalt für Geistes-
lassen wird (Deutsche med. Wochenschr. 1906, Nr. 21).

Breslauer dermatologische Vereinigung wünscht bei Syphi-
ion im Berufe für die Ärzte günstigere Entschädigungsbedin-
n den Unfallversicherungsgesellschaften zu erwirken als bisher.
nete Vorschläge aufstellen und begründen zu können, richtet sie
utschen Ärzte die dringende Bitte, ihr diejenigen ihnen bekannten
uteilen, in welchen

e Anerkennung von beruflicher Syphilisinfektion als Unfallursache
uß der Unfallversicherung zurückgewiesen oder nur unter hohem
schlage bewilligt wurde;

ne Entschädigung für vorübergehenden Verlust der Arbeitskraft
400. Tage seit der Entstehung des Unfalls beanstandet wurde;

e Anerkennung von voraussichtlich lebenslänglicher Verminderung
skraft, d. h. von Invalidität auf Grund beruflicher Syphilisinfektion

Briefwechsels mit den Gesellschaften und etwaiger Schiedsgericht
lungen ergänzt, Herrn Dr. *Martin Chotzen*, Breslau XVIII, Lan
straße 1, mitzuteilen.

Nekrolog Fürstner. — In die diesjährige Verlustliste unsere
schaft ist vor allem der Professor der Psychiatrie an der Universit
burg einzutragen, *Carl Fürstner*, der am 25. April im 58. Lebens
Folgen eines Diabetes rasch und unvermutet zum Opfer fiel.

Geboren am 7. Juni 1848 zu Strasburg in der Uckermark, hatte
wissenschaftliche und zumal seine psychiatrische Ausbildung vorzug
Berlin genossen, wo er in den letzten Semestern seines akad
Studiums Amanuensis bei *Virchow* und später, nachdem er ein
pathologischen Institute zu Greifswald zugebracht hatte, unter
Leitung in der Charité als Oberarzt tätig war.

Um den inneren Betrieb einer größeren Irrenanstalt auch
kennen zu lernen, entschloß er sich die Stelle eines Assistenzarzte
elsässischen Departementalanstalt Stephansfeld anzunehmen (1877).
aus er schon nach Jahresfrist als ordentlicher Professor der Psych
die neu errichtete psychiatrische Klinik zu Heidelberg berufen w
deren bauliche Vollendung er die letzte Hand anlegte. Von Heidelb
er 1891 einem Rufe nach Straßburg, als Nachfolger *Jollys*, und d
bis zu seinem Tode verblieben. Dieser Entwicklungsgang hat seine
an Arbeit und Erfolg reichen Leben Richtung und Färbung verlieh

Berlin hatte ihm den scharfen kritischen Geist mit auf den Weg
der nun einmal den Spreeathenern zu eigen ist, und an exaktes
und speziell an die pathologisch-anatomische Methode hatte er
Virchow und in dem pathologischen Institute zu Greifswald gew
die Psychiatrie aber war er eingetreten an der Hand *Westphals*,
Meister hatte außer seiner nüchternen Beobachtung und seiner
Schärfe auch seinen unermüdlichen Fleiß auf ihn übertragen un
Fürstner einen tüchtigen Schüler und Mitarbeiter erzogen. Denn
war wirklich unermüdlich fleißig, und seine Arbeiten, die meist in
ihm mitherausgegebenen Archive für Psychiatrie erschienen sind,
die verschiedensten Gebiete der Psychiatrie.

Wir finden dort neben klinischen Arbeiten und anatomisch-histo
Forschungen auch solche aus dem Gebiete der gerichtlichen Psych
samt und sonders von jenem scharfsinnig-kritischen Geiste getra
weit über das gewöhnliche Niveau der Tagesliteratur erheben.

Überall begegnen wir dabei dem Bestreben, der naturwissensc
Betrachtungsweise und der klinischen Methode den ersten Platz ein
Daß sich mit dieser Anschauung eine starre Scheidung zwischen G
Nerven, von Psychiatrie und Neurologie, nicht vereinigen lasse,
seine feste Überzeugung, und wenn ihm eigentliche Übergriffe i

auch fern lagen, so mag doch wohl die freiere Bewegung, die m
raßburg gegenüber Heidelberg gewährte, zur Entscheidung beigetrage
diese beiden Universitäten miteinander zu vertauschen. In de
ng offener Abteilungen mit freiwilligen Aufnahmen, und ferner vo
ken, leitete er die geschlossene Anstalt in freiere Formen über un
sich ein ganz anderes und weitaus vielseitigeres Material, als es ihn
hlossene Anstalt bieten konnte.
d dies kam seiner klinischen Tätigkeit zugute.
irstner war ein vortrefflicher Lehrer, und es war ein Genuß, seine
Ausführungen zu folgen und an seiner Hand von dem anfängliche
der Erscheinungen von Schluß zu Schluß bis zur sicheren Diagnos
reiten.
e gleiche Macht der Logik und des überlegenen Wissens sicherte ihn
olg bei gerichtlichen Verhandlungen. An dialektischer Sicherheit un
keinem anderen nachstehend, dabei ein Feind aller Redensarte
r die Widerstrebenden bald zu seiner Meinung zu bekehren, und ic
nicht, daß er sich als gerichtlicher Sachverständiger jemals darübe
gen hatte, daß der Richter über ein von ihm erstattetes Gutachte
egangen und es zu einem abweichenden Urteile gekommen wäre.
n einer besonderen Angabe der von *Fürstner* veröffentlichten Arbeite
wir hier um so eher absehen, als sie ihre eingehende Würdigun
in den zahlreichen Nachrufen gefunden haben, die dem Lehrer un
in den verschiedenen psychiatrischen Zeitschriften gewidmet wurde
klingt der Schmerz nach über den Verlust, den wir alle erlitten, a
e, die sein Tod uns hinterlassen hat. Und dies wohl nirgends tiefe
r, als in den Worten, die *Schüle* seinem Freunde *Fürstner* bei de
ier am 28. April mit in das Grab gelegt hat, und die ich am liebste
5. Hefte der Straßburger Mediz. Zeitung vom 15. Mai ganz hierhe
möchte. *Schüle* schlingt den verdienten Lorbeer des Forschers, de
genden Arztes, des Menschenfreundes um die Schläfe des tote
s und entbietet an der offenen Bahre den Abschiedsgruß dem Dahi
enen, dem hilfreich guten Menschen, dem Manne von goldener Treu
läßlichkeit, dem biederen, vornehmen Charakter, der dauernd i
Buche unserer Wissenschaft und tief in unserem Herzen ein
ben steht. Und etwas Besseres, als diese tiefempfundenen Worte de
zigen Leiters der Illenauer Anstalt, können wir dem Toten nicht m
en letzten Weg geben. *Pelman.*

---

krolog Reimer. — Wohl nur bei wenigen von denen, die von der
ermann Reimers Kenntnis erhalten haben, wird dabei eine Erinne
ran auftauchen, daß er einst Psychiater gewesen ist. Und doch i
Zeiten ein viel genannter Psychiater gewesen, und er hatte an de
ngen und Fragen des Tages mit Eifer und Geschick lebhaften Ante

sonstige Tätigkeit anderen Studien zugewendet hatte, seit er v
Stellung als Direktor der mecklenburgischen Irrenanstalt Sachsenber
getreten war.

Geboren in Berlin als jüngster Sohn des bekannten Buchhändl
Reimer, hatte er sich als Sohn, Bruder und Schwager von Buchhän
fangs ebenfalls diesem Berufe zugewendet, war dann aber zum Stu
Medizin übergegangen, und hatte verschiedene Universitäten, darunt
berg und Halle besucht. Ein flotter Korpsstudent und gefürchtet
schläger, hatte er trotzdem Muße gefunden, sich in der Schule *Kr*
eine tüchtige Durchbildung in der inneren Medizin anzueignen, ei
zu dem es ihn später neben seiner Tätigkeit als Leiter einer
Privatanstalt immer wieder hinzog.

Auf Anraten seines Schwagers *Zeller* in Winnenthal gründet
in Görlitz eine Privatanstalt für Epileptische.

Zeller hatte sich bei seinem Rate offenbar von philanthropi
wägungen leiten lassen, auf die Schwierigkeiten eines derartigen
mens aber und vor allem auf den Charakter seines Schwagers
weniger Rücksicht genommen, als er an ihn die Zumutung stellte
tische in seine eben gegründete Familie aufzunehmen.

Reimer hat diese Anstalt bald aufgegeben und anstatt der Epil
männliche Geisteskranke in sein Haus aufgenommen, da *Laehr* gl
in Zehlendorf eine Anstalt für weibliche Geisteskranke errichtet ha

Später nahm er auch weibliche Kranke auf, und die so mehr
größerte Anstalt ist im Jahre 1867 in den Besitz von *Kahlbaum* über
während *Reimer* nach vorübergehender privatärztlicher Tätigkeit
Nachfolger *Flemmings* zum Direktor der Anstalt Sachsenberg bei
berufen wurde. Dort ist er indes nur kurze Zeit, bis 1873 ode
blieben.

Von da ab wandte er sein reges Interesse balneologischen u
tischen Studien zu. Er durchreiste einen Teil des Jahres die Ku
Sanatorien, und legte seine reichen Erfahrungen in viel genannte
nutzten Werken nieder (Die klimatischen Winterkurorte; Handbuch
ziellen Klimatotherapie und Balneotherapie).

Aus seiner früheren psychiatrischen Zeit stammt eine Anzahl
Aufsätze, die er in der Zeitschr. f. Psych. veröffentlicht hat.

So schrieb er über die Entstehung des Decubitus nach in
Gebrauche von Chloralhydrat, über die Therapie der psychischen E
zustände und über die Behandlung von Alkoholisten.

Nach seinem Weggange von Sachsenberg hatte er sich in
niedergelassen, wo er am 8. Juni in hohem Alter (81 Jahre) gest

Reimer war eine durch und durch kritisch veranlagte Natur, ei
Beobachter und ein ebenso scharfer Beurteiler, von einer ausgez

Digitized by Google

Vorbildung und den weitgehendsten Interessen, unter denen die
t den letzten Platz einnahm. Seinem forschenden Auge entging
chts, und diese Eigenschaft hat seinen klimatotherapeutischen
n besonderen Wert verliehen.
hatte er seinem alten Fache, der Psychiatrie, bis in die letzten
seine Teilnahme bewahrt und nach wie vor an allen psychiatri-
fragen den lebhaftesten Anteil genommen.
aher wollen auch wir des verstorbenen Kollegen an dieser Stelle

Pelman.

---

rein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Verein sind beigetreten

al-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz und

al-Heil- und Pflegeanstalt zu Tost, O.-Schl.

Personal-Nachrichten.

dwig, Geh. Med.-Rat, feierte den 80. Geburtstag in Heppenheim.

apf, bisher Assistenzarzt in Weinsberg, ist als Dir. der Heilstätte
lkoholkranke Waldfrieden bei Fürstenwalde a. d. Spree an Stelle
usscheidenden Dr. *G. Dankwardt* getreten.

Kortum, San.-Rat., bisher Oberarzt in Herzberge, ist als Oberarzt
Stellvertreter des Dir.s nach Dalldorf,

Verner, bisher Oberarzt in Dalldorf,

nius, bisher Assistenzarzt in Dalldorf, und

Sklarek, bisher Assistenzarzt in Dalldorf, sind als Oberärzte nach
versetzt worden.

Klipstein, bisher Assistenzarzt in Dalldorf, ist Oberarzt in Herz-
e,

iepmann, Prof., ist Oberarzt in Dalldorf und

Veit Oberarzt in Wuhlgarten geworden.

oß, Oberarzt in Alt-Scherbitz, ist zum Dir. der im Bau befindlichen
ksanstalt in Rufach bei Colmar (Ober-Elsaß) ernannt worden.

mmer, bisher 1. Ass.-Arzt der psychiatr. Klinik zu Jena, ist als
rigier. Arzt in die Dr. *Erlenmeyer*schen Anstalten für Gemüts-
Nervenkranke in Bendorf a. Rh. eingetreten.

wenstein, Oberarzt der Dr. *Scholinus*schen Anstalt in Pankow,
ie ärztliche Leitung der Dr. *Lewald*schen Privatanstalt in Obernigk
Breslau übernommen.

n tritt am 1. Juli als dirigier. Arzt in die Dr. *Richter*sche Privat-

Digitized by Google

Dr. *Otto Mühlenbein*, bisher Oberarzt in Osnabrück, ist Oberarzt
heim,

Dr. *Ed. Schütte*, bisher 3. Arzt in Osnabrück, ist Oberarzt in O
geworden.

Dr. *Theod. Buder*, bisher Ass.-Arzt in Weinsberg, ist als Obe
Winnental,

Dr. *Paul Obermiller*, bisher Oberarzt in Winnental, als solcher na
nau versetzt worden.

Dr. *Reg. H. Pierson*, San.-Rat, ist, nachdem er die ärztliche L
Privatheilanstalt Lindenhof auf Dr. *Ferd. Lehmann* übert
nach Dresden-Strehlen, Herderstr. 4, übergesiedelt.

Dr. *Rob. Wollenberg*, Prof. in Tübingen, wird am 1. Okt. dem an il
nen Rufe nach Straßburg folgen.

Dr. *Gust. Aschaffenburg*, Prof., ist zum o. Mitglied der Akademie

Dr. *Fr. Tuczek*, Prof., Leiter der Landesheilanstalt u. psychiatr.
Marburg, und

Dr. *Rich. Krömer*, Dir. der Prov.-Anstalt Conradstein, W.-Pr., sin
Medizinalräten ernannt worden.

Dr. *Rich. Henneberg* und Dr. *Wilh. Seiffer*, Priv.-Dozenten u. Ob
der Klinik für Psychisch- und Nervenkranke der Charité,
Titel Professor erhalten.

Dr. *Ed. Hitzig*, Prof. u. Geh. Med.-Rat zu Halle a. S., ist Groß-
Reale Corona d'Italia geworden.

Dr. *Theod. Ziehen*, Prof. u. Geh. Med.-Rat zu Berlin, hat den Rot
orden 4. Kl.,

Dr. *Jul. Matthaes*, Med.-Rat und

Dr. *Paul Näcke*, Med.-Rat, dirig. Ärzte in Hubertusburg, haben das
1. Kl. des Albrechtordens erhalten.

Dr. *Max Lewald*, Dir. der Privatanstalt zu Obernigk bei Bresl
Schrumpfniere und Herzerweiterung am 19. März,

Dr. *Carl Fürstner*, Prof. und Leiter der psychiatr. Klinik zu Stra
infolge von Diabetes am 25. April im 58. Lebensjahre,

Dr. *Hermann Reimer*, Med.-Rat, Begründer der jetzt Dr. *Kah*
Privatanstalt zu Görlitz und später Dir. des Sachsenbergs be
am 11. Juni im 82. Lebensjahre gestorben.

Druckfehlerberichtigung.

In der 3. Zeile des Aufsatzes von Dr. *H. Lukácz*, S. 59 d
gangs, wird gebeten *Pilcz* statt *Pick* zu setzen.

Digitized by Google

Welche Rolle spielt die Endogenese in der Ätiologie der progressiven Paralyse?[1])

Von

Dr. **J. Georg Dreyfus,**

Früher Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Basel.

„organische" Charakter des paralytischen Krankheits- schließt die Möglichkeit einer endogenetischen Ent- dieser Erkrankung nicht aus. Das beweisen uns eine ne von organischen Erkrankungen des Nervensystems, n einer Familie durch mehrere Generationen hindurch können, und für deren Entstehung wir nach dem bis- ande unserer Kenntnisse nichts verantwortlich machen ls die eben durch das familiäre Auftreten bewiesene Anlage.

will hier nur die hereditäre Ataxie erwähnen aus dem er Neurologie, und aus dem der Psychiatrie die fami- rotische Idiotie oder *Tay-Sachs*sche Krankheit und die familiäre *Huntington*sche Chorea.

le diese beiden letzten Krankheitsbilder lassen eine hnlichkeit mit der progressiven Paralyse nicht ver- In beiden Erkrankungen handelt es sich um einen pro- , destruktiven Prozeß, der ein bis dahin anscheinend Nervensystem befällt, der zu einer fortschreitenden Ver- n führen pflegt, und der mit während des Lebens nach- körperlichen Symptomen einhergeht.

end bei der *Tay-Sachs*schen Krankheit dieser Prozeß den ersten Lebensjahren beginnt, und die Dauer des

in Anspruch nimmt, fängt die *Huntington*sche Kran
später an und nimmt einen viel langsameren Verlauf.

Hier, wie bei der Paralyse, beginnt der progredien
tive Prozeß bei Individuen, die in der Regel in den
Lebensjahren stehen. In beiden Krankheiten kommt
den Erscheinungen auf intellektuellem Gebiet zu Stö
der motorischen Sphäre, aber während bei der Paralyse
im Verlauf weniger Jahre zu Ende zu gehen pflegt,
bei der *Huntington*schen Chorea bedeutend länger. Al
wissen, daß auch die Paralyse sich lange Jahre hi
kann, wie z. B. *Möbius*[1]) bei der Erkrankung *Nietzs*
zuweisen versucht hat, ist es doch nicht unmöglich,
einmal diese beiden Krankheitsformen miteinander ve
kann, zumal da auch das für die Differentialdiagnose s
tige Zeichen der Pupillenstarre bei der Paralyse nic
selten fehlen kann, und auch die im Verlauf der Paralys
lich zutage tretenden motorischen Symptome (Tremor)
einen choreiformen Charakter annehmen können.[2])

Auch die anatomischen Befunde bei *Huntington*sch
sind denen der Paralyse sehr ähnlich, in einem Falle
wanger[3]) sogar die gleichen Rindenveränderungen gefu
man sie gewöhnlich bei der Paralyse findet.

Der beste Beweis für die nahe Verwandtschaft
Krankheiten ist aber wohl der, daß ein Fall von fam
ralyse, den *Marc* in der allgemeinen Zeitschrift für
(Bd. 61) veröffentlicht hat, von *Möbius* in dessen Re
die betreffende Arbeit[4]) für eine *Huntington*sche Chor
wird. Daß eine solche Verwechslung überhaupt mö
kann, gibt schon zu denken. Leider ist der unw
exakte Nachweis, ob dieser Fall eine Paralyse ist o
jetzt nicht zu führen. Aber es muß doch die Frage au

[1]) *Möbius*, Das Pathologische bei Nietzsche.

[2]) *Draeseke*, Progressive Paralyse und Chorea. Monatsschr
chiatrie u. Neurologie, XVII, S. 232.

[3]) Zitiert bei *Oppenheim*, Nervenkrankh., 4. Aufl., 1905.

Digitized by Google

ob nicht für *Möbius* Entscheidung ausschlaggebend ge-
d einmal der familiäre Charakter der Erkrankung und
Fehlen jedes äußeren Momentes. Denn daß die relativ
ier nicht dagegen spricht, darauf hat ja, wie ich oben
habe, gerade auch *Möbius* hingewiesen. Nach ihm
Nietzsches Paralyse 19 Jahre. „Ähnliche Fälle sind
u selten. Man beginnt jetzt einzusehen, daß die paar
Lehrbücher nicht ausreichen“ (a. a. O.).
nach *Möbius* ist die Paralyse eben exogen, folglich
ihm eine so ausgesprochen endogene, familiäre Erkran-
der jedes exogene Moment so gut wie ausgeschlossen
herweise nicht als Paralyse angesehen werden. Aber
erste Fall, den *Marc* (a. a. O.) beschrieben hat, auch
t sein, so bleibt doch der zweite unantastbar, wo in
rationen, ohne jede exogene Ursache, sich vier einwands-
e von Paralyse fortgeerbt haben.
müssen sich doch Bedenken geltend machen, ob der
er Endogenese, die bei den meisten andern Geisteskrank-
e so bedeutende Rolle spielt, bei der Paralyse tatsäch-
ering ist, wie die Mehrzahl der Autoren bis jetzt anzu-
geneigt war. In neuester Zeit mehren sich allerdings
nen, welche die psychopathische Anlage als nicht un-
bei der Entstehung der Paralyse annehmen. Vor
Joffroy,[1]) der über langjährige Erfahrung verfügende
sychiater, schon seit langer Zeit die Wichtigkeit der
n Belastung betont und auch erst vor wenigen Monaten
s „alleinseligmachende Dogma“ der Syphilis verteidigt.
hland vertritt *Nücke* schon seit einigen Jahren immer
ese Ansicht und hat erst vor kurzem eine lange Arbeit
eröffentlicht.[2])
Literatur über diese Streitfrage ist zu umfangreich, als
ir möglich wäre eine kurze Übersicht darüber zu geben.
wohl genügen, wenn ich auf die zahlreichen Literatur-

---

adémie de médecine, 7. u. 11. März 1905. ref. Rev. neurolog. 1905.

Näckes gemacht sind.

Mein früherer Chef, Herr Professor *Rieger*, der Material für die vorliegende Arbeit gütigst zur Verfügu hat, hatte früher auch den Standpunkt vertreten, daß gene Moment bei der Entstehung der Paralyse die spiele, und dementsprechend konnte ich in einigen geschichten noch aus dem Ende der neunziger Jahre S finden, wie die folgende: „Wenn die starke hereditäre nicht vorläge, wäre der Verdacht sehr groß, es könn eine Paralyse handeln. Da aber diese bei der Paral wie nicht in Frage kommt, wird man wohl eher ei Geisteskrankheit annehmen müssen." Es stellte sich her heraus, daß gerade dieser Fall doch eine Paralyse einer andern Krankengeschichte war vermerkt: „Eige die Anamnese eher für die Annahme einer funktion chose. In Anbetracht der zweifellos paralytischen Sym man aber doch eine Paralyse annehmen." Seither aber an der Würzburger Klinik immer mehr herau daß die endogene Anlage für die Ätiologie der nicht zu vernachlässigen ist. Aus dieser Klini die erwähnte Arbeit von *Marc* hervorgegangen. Abe dieser sich darauf beschränkte, die Möglichkeit einer Forterbung der Paralyse zu zeigen, soll in folgendem werden, welche Rolle die Endogenese bei der Entst Paralyse spielt. Zu diesem Zwecke habe ich die Paral innerhalb der letzten 15 Jahre in der Würzburger K genommen worden sind, von diesem Gesichtspunkte beitet.

Meinem verehrten ehemaligen Chef, Herrn Pro spreche ich an dieser Stelle für die Überlassung des meinen ergebensten Dank aus.

I.

Bei der Lösung der Aufgabe, die ich mir gestellt ich vor allen Dingen auf die Anamnese angewiesen. diese leider nur in den allerwenigsten Fällen derart de

Digitized by Google

über das bisherige Leben unseres Kranken bekommen. vom Kranken selbst (besonders wenn er an der Paralyse ist) gegebenen anamnestischen Daten nur mit aller- orsicht verwenden dürfen und eigentlich nur auffassen ein Produkt seiner Geistestätigkeit, die wir beurteilen cht aber die von ihm gemachten Angaben ohne wei- als facta ansehen dürfen, sind wir auf die oft mangel- ektive" Anamnese durch die Verwandten und Bekannten n. Auch hier sind die Verhältnisse für die Paralyse r als bei dem Durchschnitt der übrigen Kranken. von letzteren die Mehrzahl in jüngeren Jahren erkranken, ch die Paralytiker meist in einem Alter, wo ihre Eltern, sten Auskunft geben könnten, längst tot sind. Sie sind heiratet und den übrigen Familienmitgliedern aus dem eis geschwunden, während die Frau über die Zeit vor ratung meist völlig unwissend ist, ganz besonders über amilienanlagen usw. Wir haben also bei der Anam- Fehlerquellen zu rechnen, die für die Paralyse noch d als bei den andern Psychosen. Es werden die posi- gaben über endogene Veranlagung im allgemeinen sein wie in Wirklichkeit, aber bei der Paralyse ir schon von vornherein etwas geringere Werte er- bei den andern, auch wenn wir annehmen, daß ie Rolle der endogenen Veranlassung nicht weniger

er Entscheidung der Frage: endogen oder nicht? spielt lichste Rolle die hereditäre Belastung. Man darf dings nicht vergessen, daß die Hereditätsforschung aus ründen oft eine sehr unsichere Sache ist.[1]) Ist die Be- i jemandem ausgeschlossen, so hindert das nicht, daß ende doch aus inneren Gründen erkranken kann; ander- sich auch die Vererbbarkeit einer Anlage verlieren. llgemeinen ist doch die Heredität, wenn sie vorhanden

l. *Rieger,* Festschrift für Werneck. Fischer, Jena 1905 (S. XI,

Digitized by Google

ist, das beste Kriterium für die Beurteilung der endog
anlagung. Während die meisten Untersucher sich darauf
haben zu erforschen, wie oft bei der Paralyse
Belastung vorliegt oder nicht, habe ich festzustelle
ob diese Belastung bei der Paralyse weniger
finden ist, als bei denjenigen Erkrankungen
Gebiet der Psychiatrie, von denen heutzutage g
angenommen wird, daß sie endogener Entsteh
Damit wir aber irgendwelche Schlüsse zu ziehen berec
ist es erforderlich, daß wir vergleichbare Werte für beic
haben. Vergleichbar sind die Resultate nur dann,
beide auf dieselbe Art gewonnen sind, wenn das zu
gende Material gleichmäßig ist und von denselben E
in derselben Zeit gesammelt worden ist. Daß eventu
quellen vorhanden sind, wird, da diese für beide Gr
selben sind, keinen Einfluß auf das Endresultat ha
müssen uns nur darüber klar sein, daß die von uns
Resultate keine absoluten Zahlen darstellen sol
dern nur Vergleichswerte.

Um diesen Zweck zu erreichen, habe ich gleic
Rolle der erblichen Belastung bei den andern im
letzten 15 Jahre in der Würzburger Klinik aufgenomm
ken (mit „endogener" Psychose) untersucht. Um die A
zu sehr auszudehnen, will ich nur ganz kurz das
dieser Berechnung bringen, denn auf dieses allein kon
an. Bei den andern nicht paralytischen und z
genannten endogenen Psychosen gerechnete
war hereditäre Belastung sicher nachzuweisen
der Fälle. Sichere Belastung habe ich nur dann an
wenn mindestens eine Psychose in der nahen Blutsver
in ganz einwandsfreier Weise nachgewiesen war.
selben Bedingungen betr. Entscheidung, ob sicher be
nicht, sind auch bei der Paralyse entscheidend gewese
hafte, aber doch sehr wahrscheinliche Belastung w
$1\frac{1}{2}$ % der Fälle vorhanden. Auf alle anderen ätiolo
mente habe ich bei diesen Psychosen nicht geachtet,

Digitized by Google

auer ausführen werde, keine mit der Paralyse vergleich-
ultate erwartet werden dürfen[1]) (vergl. S. 658).
n wir nun zu den Paralysen über. Es handelt sich
anzen um 268 Fälle. Ich will vorweg bemerken, daß
solche Fälle mitgezählt habe, in denen die Diagnose
war. Eine ganze Reihe von solchen, die zweifelhaft
be ich einfach weggelassen.
diesen 268 Paralysen haben 170 gar nichts auf-
, was mit irgendwelcher Bestimmtheit auf eine
e Anlage hingewiesen hätte; weder ist bei einem
70 Krankheiten eine sichere erbliche Belastung
en in dem Sinne, wie ich sie oben definiert habe,
bei einem von diesen die psychische Beschaffen-
rt, daß der Betreffende schon einmal vor Aus-
r Paralyse ein Objekt der Psychiatrie geworden
r wenigstens zu werden verdient hätte.
den andern 98 Paralysen war aber entweder die
r die andere dieser beiden Voraussetzungen ge-
vielen von ihnen sogar die beiden. Diese Gruppe,
36,6 % aller Fälle einschließt, umfaßt nur diejenigen
welchen wir über völlig sichere Angaben betr. dieser
nkte verfügten. Alle zweifelhaften Fälle habe ich zur
ppe von 170 Kranken gezählt.
eichen wir nun die Zahl 36,6 % mit der Zahl derjeni-
wir als Resultat für die Belastung bei den nicht para-
Erkrankungen herausgefunden hatten, nämlich 38 %,
wir, der Unterschied ist nicht so groß, wie man nach
nein verbreiteten Ansichten hätte erwarten sollen. Wir
erdings nicht übersehen, daß, während die Angabe über
Erkrankungen sich bloß auf die hereditäre Belastung
der Zahl 36,6 % auch diejenigen mit inbegriffen sind,
en sich die Paralyse auf einem direkt krankhaften Boden
hat. Meist ist allerdings in diesen Fällen auch die
elastung vorhanden gewesen, aber in wenigen, im ganzen

---

[1]) Beiläufig will ich erwähnen, daß an der Würzburger Klinik etwas

Digitized by Google

macht worden. So kommt es, daß wir nur berechtig
83 Patienten mit Bestimmtheit hereditäre Belastung an
d. h. sichere erbliche Belastung war in 31% d
lysen vorhanden.

Wir sehen also, daß die Häufigkeit der he
Belastung bei der Paralyse nicht viel geringe
bei den übrigen Psychosen.

Ich habe schon oben darauf hingewiesen, daß w
Paralyse wegen der ungünstigen Verhältnisse schon
herein niedrigere Werte zu erwarten haben, ob aber
ausreichende Erklärung dafür gibt, warum die Zahlen
niedriger sind, oder ob da noch andere Gründe mit
sind, das will ich erst später genauer ausführen.

Wenden wir uns nun zur Analyse der Fälle,
Sinne einer endogenen Veranlagung verwandt werden

Zunächst ist wohl die Frage der gleichartigen Ver
behandeln. Die meisten hierher gehörigen Fälle hat J.
in seiner zitierten Arbeit veröffentlicht. Ich kann sei
allerdings noch drei weitere anfügen.

In dem ersten handelt es sich um Vater und Sohn, die beide
gestorben sind, und auch die Mutter war psychopathisch veranl
„sehr nervös", aufgeregt, und dem Trunke ergeben.

Ihnen schließt sich an ein Geschwisterpaar. Der eine
Sebastian Kreß, kam schon 1880 in die Klinik mit ausg
Paralyse, der er dann auch erlag. Er hat keine Exzesse verübt
akquiriert. Sein Bruder, Gerhard Kr., kommt zehn Jahre später
im Alter von 50 Jahren. Auch bei ihm ist der Befund und
charakteristisch für Paralyse. Er hat allerdings sicher Lues
schon mit 22 Jahren. Also 29 Jahre vor dem Eintritt in die Kli
er bis zu seinem 49. Jahre niemals Anzeichen von beginnender
gewiesen hat, fällt die Infektion bei ihm 28 Jahre vor dem
Paralyse. Es ist dies jedenfalls zum mindesten eine ungewöhnlich
nach *Fournier* wäre schon ein Intervall von 20 Jahren außergewö

Schließlich als letzter Fall gleichartiger Vererbung ist, d
Fall von Geschwistern nicht benutzen will wegen etwas unsicher
bei dem einen von ihnen, ein Krankenpaar zu erwähnen, dessen
waren. Von Lues läßt sich weder bei dem einen noch bei der a
etwas nachweisen.

darin bis zum Tode (4. April 1897). Gesteigerte Reflexe, Fußchgradiger Spasmus, charakteristischer Geisteszustand. Die Sektion die Diagnose. Am 26. Januar 1905 tritt in die Klinik ein Katharina in Geschwisterkind, die nach acht Monaten in der Klinik an typischer tirbt.

Lues war in beiden Fällen ganz bestimmt in Abrede worden. Weder Aborte, Fehlgeburten oder irgendwelche andere nkte, die einen Verdacht auf Lues hätten rechtfertigen können, hweisbar.

t häufiger als diese gleichartige Vererbung treffen wir ichartige. In der übergroßen Mehrzahl der Fälle handelt soweit darüber überhaupt Gewißheit zu erlangen war, in mnese um Fälle von Idiotie, Epilepsie und Paranoia, häufig um solche, welche der Gruppe des primären sinns angehören, und relativ am seltensten handelt es Zustände, die der manisch-depressiven Gruppe an-

editäre Belastung in der Aszendenz, ohne daß die Betreffen- früher selbst irgendwie psychisch aufgefallen wären, 0 Paralysen vorhanden. Ich kann selbstredend nicht alle eschreiben, sondern will nur einige wenige, die ich für tigsten halte, bringen.

hea Bohn ist die Tochter eines notorisch epileptischen Mannes n mit ihm blutsverwandten (Geschwisterkind) Frau. Sie ist also g belastet. Trotzdem kommt es bei ihr nicht zu einer „endogenen" nkheit, sondern zu einer Paralyse. Von Lues ist bei ihr nichts sen.[1])

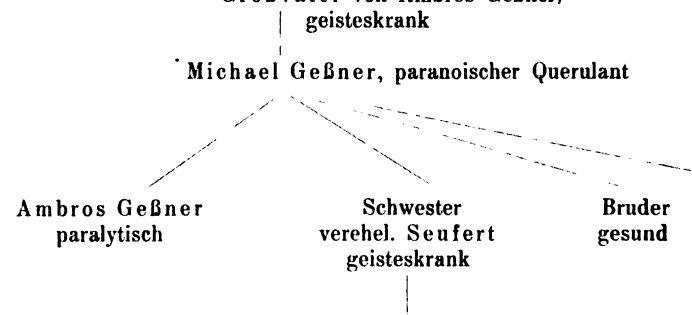
ere Fälle, wie die beiden folgenden, weisen eine noch e Belastung auf.

ros Gessner aus Brünn, 49 Jahre alt, Eintritt in die Klinik am 005. Sein Vater, Michael, ist ebenfalls wegen Geistesstörung in gewesen, und auch der Großvater war psychisch abnorm. Eine ist gleichfalls geisteskrank und hat eine idiotische Tochter, welche schon in der Klinik war. Der kranke Ambros G. hat einseitige arre und auch der psychische Zustand ist ganz charakteristisch für

---

as die Luesfrage betrifft, so verweise ich auf die weiter unten

Digitized by Google



Eine Kranke, deren Journal ich schon anderweitig
licht habe,[1]) und die beim Eintritt das psychische Bild d
cholie geboten hatte, wies auch eine derartig schwere
auf, daß man beinahe versucht gewesen wäre, an der
Paralyse wankend zu werden, wenn nicht die Pupillens
wie übrigens auch der ganze Verlauf die Diagnose i
Sinne bestätigt hätte.

Dorothea Huppmann. Keine Anhaltspunkte für luische
In der Familie sind sehr viele abnorme Menschen. Schon der Gr
merkwürdig gewesen sein. Der Vater (namens Popp) galt als ein
der sehr aufgeregt war. Er hatte einen Bruder, der Irrenpfründne
spital gewesen ist. Ihre sämtlichen Geschwister sind abnorm,
aufgeregt. Ein Bruder, der 47 Jahre alt ist, heißt im Volksmu
„Poppennarr".

Hiermit verlasse ich die Belastung in der Aszen
gehe zur Deszendenz der Paralytiker über, die ich aber
kurz berühren will. Ich habe sechs Fälle finden können,
die Kinder von Paralytikern zweifellos geistesgestört gew
Ihre Zahl würde wohl größer sein, aber ich habe nur
berücksichtigen können, wo die Geisteskrankheit bei de
entweder schon vor der Erkrankung an Paralyse aufget
oder wo wenigstens Kinder der Betreffenden nachträglich
in die Klinik aufgenommen worden sind.

Es kann infolgedessen diese Gruppe nur einen vers
kleinen Teil derjenigen Fälle ausmachen, die nun tatsä
Nachkommen von Paralytikern aufgetreten sind.

lossen, daß die hereditäre Belastung von seiten des andern
n stammen könne. In unsern sechs Fällen ist aber von
r Belastung (abgesehen von der Paralyse des einen) nie-
was vorhanden gewesen. Ein anderer Einwand, den man
könnte, ist der, daß die Abnormität der Deszendenten
eine Folge hereditärer Lues sein könne. Aber abgesehen
m Falle, wo die Paralyse übrigens bei einem von jeher
n, extravaganten, leidenschaftlichen Menschen aufgetreten
niemals etwas von hereditärer oder erworbener Lues
len gewesen.

em einzigen dieser sechs Fälle, wo die Lues sicher vorhanden war,
die Tochter an Hebephrenie, eine Krankheit, für deren Entstehung
wohl nicht in Betracht kommen dürfte. Was die andern fünf Fälle
hatte in dem einen der paralytische Vater fünf Kinder. Von ihnen
i Töchter an primärem Schwachsinn erkrankt. Zwei Söhne waren
id gesund, der eine verlor ein Kind an Eklampsie. Der Sohn eines
am wegen Paranoia in die Klinik. Eine Kranke hatte zwei idiotische
ne andere ebenfalls einen Idioten, und schließlich der letzte in
kommende Paralytiker hatte einen Sohn, der an zirkulärer Geistes-
t.

ier haben wir nur solche Fälle behandelt, in denen die
aufgetreten ist bei Menschen, deren abnorme psychische
ung nur in der hereditären Belastung zum Ausdruck
e aber selber bis zum Ausbruch der Paralyse niemals
sychische Eigentümlichkeiten aufgefallen waren (wenn
dem einen Kranken absehen, der in der letzten Gruppe
worden ist). In der folgenden Gruppe sind nun alle die-
unterzubringen, welche bei aller erblichen Belastung zwar
geisteskrank gewesen sind, in deren Anamnese aber An-
ber frühere psychische Abnormitäten vermerkt sind. Ich
dieser Gruppe nur diejenigen berücksichtigt, die auch
lich belastet waren, und habe daher nur sieben Fälle in
gebracht. Bei allen diesen war zweifellose Paralyse und
bliche Belastung vorhanden. Über ihr Vorleben sind in
mnese Bemerkungen, die auf eine psychische Abnormität
lassen.

Digitized by Google

eine von ihnen war von jeher jähzornig, extravagant, ein auf-

e von Jugend auf, ebenso wie ihre sämtlichen Schwestern, sehr nerv
d infolge eines Schreckes als Kind ohnmächtig geworden ist. Im A
ran soll sie Veitstanz bekommen haben, der allerdings später wied
berging. Was die Syphilis in diesen sieben Fällen betrifft, so ist
n einziges Mal sicher nachgewiesen worden. In einem Falle ist auf
s Vorlebens die Möglichkeit sehr groß, daß Lues akquiriert worde
wiesen ist es allerdings nicht.

Wenn wir in den Fällen dieser letzten Gruppe auch
chere Zeichen einer von jeher bestehenden psychische
ormität haben, so sind wir doch noch nicht berechtigt, bei
on einer Psychose zu sprechen, die vor der Paralyse sch
anden hatte. Daneben gibt es aber solche, die schon
s psychiatrische Gebiet hinübergreifen, daß wir oft nicht
issen, müssen wir da schon von Geisteskrankheit spreche
cht. Solche Fälle, die gerade an der Grenze stehen, sind fol

Marie Uhl, geb. 30. Oktober 1856 als uneheliches Kind in Wi
ber ihre früheste Jugend ist nichts bekannt, da niemand da war, d
nestische Daten hätte angeben können. Aber vom 18. Lebensjahr a
eben aktenmäßig festgestellt durch ihr umfangreiches Strafregister.
stenmal kam sie mit dem Strafrichter in Berührung im 18. Lebe
egen Diebstahls. Es handelte sich um eine geringe Sache, Antrag
er Antrag wurde zurückgenommen. Zwei Jahre später wegen Di
er Monate Gefängnis in München, aus der Stadt auf zwei Jahre ver
Gefängnis war ihr Betragen nicht befriedigend. Sie war faul, unge
s sei keine Hoffnung auf Besserung vorhanden. Kehrte dann trotz d
eisung nach München zurück. Im Februar 1877 Prostituierte in Nü
pril desselben Jahres in München zu ein Jahr Gefängnis verurteilt
rkundenfälschung. Erhielt im Gefängnis das Prädikat: unverbesserli
lgenden Jahre zu zwei Jahren Gefängnis verurteilt. 1880 in Nürnberg
werbsmäßiger Unzucht bestraft. Sie kam dann immer wieder in Bess
stalten und Arbeitshäuser, und es liegt ein sehr umfangreicher Akt
r. Sie war eine der berüchtigsten Prostituierten in Würzburg. Syp
sie Anfangs ihrer zwanziger Jahre geworden, was bei ihrem Leben
cht zu verwundern ist. In den früheren zahlreichen Unterschrifte

Digitized by Google

handen, die Intelligenz und gute Schulbildung beweisen. Dagegen
hrift schon 1892 viel schlechter. 1896 wurden die Unterschriften
ytisch. In den letzten Jahren wurden die von ihr provozierten
mmer ärger, so daß sie am 18. November 1896 nach der Klinik
erden mußte. Die Diagnose ist auf Grund der psychischen und
chen Erscheinungen zweifellos und wurde durch den Verlauf und
bestätigt.

ange Anamnese zeigt wohl klar, daß es sich hier nicht
eine psychisch normale Person gehandelt hat, sondern,
lange vor dem Auftreten der Paralyse psychische Ab-
bestanden hat. Man wird nicht zu weit gehen, wenn
mmt, daß es sich bei dieser Kranken um angeborene
uf ethischem Gebiet handelt. In ihrem Leben bildet die
in bei ihrer Lebensführung selbsverständliches akziden-
ignis, während die Paralyse den Abschluß, das End-
ildet. Ob dieses Endstadium nicht hätte eintreten können
vorangehende Infektion mit Syphilis? Auf diese Frage
rst später eingehen.

Gegenstück zu dieser Kranken bildet der folgende Fall
männlichen Individuum.

laus Eisfelder, lediger Schuhmacher aus Ebern. 40 Jahre alt.
in der Klinik vom 26. September 1889 bis 30. Januar 1890.
he Pupillenstarre, spastische Patellarreflexe, Ataxie, starkes Zittern,
Demenz. Über ihn liegen zwei Zeugnisse vor:

Bürgermeister seines Geburtsortes schreibt: E. ist ein durch und
ommener Mensch, von Jugend auf ein Streuner, der nie Lust
en zeigte, und seit seinen Lehrjahren in der Welt herumzieht, mehr
als von irgend einer Beschäftigung lebend.

amtsärztlichen Gutachten ist zu entnehmen, daß der unehelich
. schon als Knabe Hang zum Müßiggang und Streunen hatte. In
deren Besuch er öfter durch Hausbettel unterbrach, zeigte er
ger Begabung sehr wenig Fleiß und lüderliches Betragen. Nach
gsjahren erwachte sein Hang zum Streunen. Er ist 18mal vor-
von 13mal wegen Bettelns. Außerdem hatte er beim Militär viele
as Gutachten schließt, daß es sich um angeborenen moralischen
ktuellen Schwachsinn, mit Hinzutreten einer Geistesstörung und
ichem Übergang in Blödsinn handelt. Das bezirksärztliche Gut-
nt an, daß es sich „um jene Form der konstitutionellen Psychosen,
moralisches Irresein bezeichnet, bei E. durch angeborene psycho-

Digitized by Google

tember 1889 abgegeben. In der Klinik wurde sofort die Diagno
gestellt, welche auch durch den weiteren Verlauf bestätigt wurd
Lues war in diesem Fall nichts zu erfahren.

Was die Angaben über eine von Geburt an bestehen
Minderwertigkeit anlangt, so muß man da vorsichtig sei
nicht kritiklos alles glauben. In vielen Fällen sind dies
nachträglich im Sinne des „Ich hab's schon längst gewußt"
gekommene Erklärungsversuche resp. Erinnerungsfälsch
seiten der Umgebung, und deshalb hat man an der Würzbu
durch genaue Nachforschungen, Einforderung von Schul
die betreffenden Angaben zu kontrollieren gesucht, um
einwandfreien, objektiven Beweis dafür zu bekommen, d
treffende tatsächlich schon von jeher schwachsinnig gewes
einer Reihe von Fällen ist es außerdem gelungen, eine
Kleinheit des Hirnschädels zu konstatieren, was einmal
der *Rieger*schen Kephalogramme, dann aber in den zu
kommenden Fällen durch direkte Ausmessung des Schä
an der Leiche mit Wasser nachkontrolliert werden konnte
lich konnten wir in einigen Fällen das Vorhandensein ei
cephalie derart feststellen, daß wir fanden, daß das
von Großhirn zu Kleinhirn im Vergleich zu normalen
zu ungunsten des Großhirns verändert war. Das Großh
solchen Mikrocephalen relativ zu klein, d. h. die Verring
Hirngewichts bei ihnen ist auf Kosten des Großhirns g

Bei den Paralytikern allerdings, wo man einen
Schwund der Nervensubstanz erwartet und auch in ei
der Fälle findet, ist es oft nicht leicht, zu entscheide
Veränderung des Quotienten $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ nicht am
Folge der Atrophie ist. Bei diesen Mikrocephalen abe
Schädelkapazität genau bekannt. Man konnte also in jen
in denen Hirnatrophie vorlag, das Gewicht des nicht
schen Gehirns berechnen. Aber auch mit diesem vergli
das Kleinhirngewicht relativ zu schwer.[1])

[1]) Vgl. *Reichardt*, Über das Gewicht des menschlichen

Digitized by Google

haben in Würzburg gefunden, daß bei der Paralyse eine Atrophie des Gehirns keineswegs regelmäßig beobachtet an man als Kriterium eines solchen Schwundes das Ver- on Schädelkapazität und Hirngewicht, bei gleichzeitiger htigung der Schädeldecke benützt. Während die Differenz delinhalt und Hirngewicht bei nicht paralytischen Men- va 15 bis 20% beträgt, sind die Differenzzahlen bei ern nur selten beträchtlich höher.[1]) Da man anderseits t hat, daß die Paralytiker durchschnittlich relativ Hirngewichte haben, wie andere, und kein Grund vor- t, an der Richtigkeit dieser Angabe zu zweifeln, so muß Frage aufwerfen, ob dieser scheinbare Widerspruch nicht so zu lösen wäre, daß die Atrophie in der Mehrzahl nicht sehr hochgradig ist, sondern daß das Gewicht gerade deshalb niedriger ist, weil eben unter den kern eine ganze Reihe von Menschen sind, die on jeher ein relativ leichtes Hirngewicht gehabt . h. daß unter den Paralytikern relativ viele Mikrocephale wären.

llend ist es jedenfalls, daß viele der von uns sezierten r mikrocephal gewesen sind. Bei ihnen war eben in eier Weise eine genaue Bestimmung des Schädelinnen- macht worden.

asse jetzt die Krankengeschichten derjenigen Idioten resp. nalen folgen, die später paralytisch geworden sind.

escenz Hubert, 38 Jahre alt, aus Münsterschwarzach. Arbeiterfrau. thalt in der Klinik vom 1. Oktober 1902 bis zum Tode 5. August 1905. Lebensjahr einige Monate lang „Veitstanz". Sie ist von jeher ewesen. Hat in der Schule besonders in Rechnen und gemein- enntnissen ganz schlechte Noten gehabt. Seit 1892 verheiratet. hwanger. Von Lues ist nichts zu erfahren, auch keine objektiven kte. Seit 1899 immer blödsinniger, zuletzt faul, verschwenderisch, ng kleine Diebstähle.

m. b. d. Korr.: Nach meinen seither gemachten Feststellungen an n Paralytikern der Basler Klinik scheinen die Differenzzahlen doch lten höher zu sein. Vielleicht liegt der Unterschied darin, daß in als einer Durchgangsstation, vorwiegend schnell verlaufende Fälle

Flexionskontraktur des ganzen Körpers und der Extremitäten. hochgradigste Demenz. Die Diagnose wird durch die Sektion best gewicht 820 g mit weichen Häuten. Großhirn allein 600 g, Klei Quotient 5,2.

Schädelinhalt nur 1200 ccm, dabei ist der Schädel nicht Differenz zwischen Schädelinhalt und Hirngewicht 32%.

Wir haben hier eine Kranke, die von Haus aus idi was sowohl durch die mündliche Anamnese, wie durch zeugnisse bewiesen wird. Zudem bestand hier Mikrocepl durch den Schädelinhalt und den $\frac{\text{Großhirn-}}{\text{Kleinhirn-}}$quotienten wird. Auf dem Boden dieser Idiotie und Mikrocephalie dann später eine Paralyse entwickelt.

2. Anna Baldauf, 43 Jahre alt, Zugeherin aus Würzbu Klinik vom 2. Januar 1904 bis zum Tod 1. Juli 1904. Von luis tion ist nichts festgestellt. Sie soll von jeher sehr dumm gew in der letzten Zeit aber noch blödsinniger geworden sein. Zer geßlich usw.

Fehlen der Patellarreflexe, Ataxie, paralytische Anfälle. I und histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose progressi Schädelinhalt nur 1180 ccm.

Hirngewicht 1120 g. Hirnschwellung![1]) Kleinhirn 130 g.

Quotient $\frac{\text{Großhirn}}{\text{Kleinhirn}} = 7{,}2.$

Also auch hier angeborener Schwachsinn mit Mikr Der Quotient 7,2 ist zwar annähernd normal, aber da e gemäß bei der Hirnschwellung fast ausschließlich das beteiligt ist, sind wir einigermaßen berechtigt anzuneh in normalen Zeiten der Quotient kleiner und somit das relativ zu schwer gewesen sein muß.

3. Eva Stretz, von Würzburg (schon beschrieben Arch. f S. 538, *Dreyfus*, Inanition).

Uneheliches Kind einer Tagelöhnerin. Aus den requirierten nissen ist zweifellos zu entnehmen, daß sie schlecht gelernt ha schwach begabt war. Mäßige Anlagen, besonders das Rechne schlecht. Als Kind häufig gebettelt, lüderlich und nachlässig im S Hat mehrere uneheliche Kinder, auch einige eheliche. Nur e

[1]) Vgl. *Reichardt*, Hirnschwellung. Deutsch. Zeitschr. f. N

Digitized by Google

was auf Lues verdächtig wäre. Auch der Ehemann weiß nichts
ıgeben.

se ist sichergestellt durch den charakteristischen euphorisch
eisteszustand, *Westphal*sches Zeichen, das Ergebnis der Lumbal-
l die Stoffwechselschwankungen. Auch sie ist mit ihrer Idiotie
Der mutmaßliche Schädelinhalt nach dem Kephalogramm beträgt
n, bei normaler Körpergröße.

ine Metz, 50 Jahre alt, aus Waldberg. In der Klinik vom
899 bis zum Tod 29. April 1901. Unehelich geboren, hat selbst
liche Kinder. Die Schulzeugnisse beweisen, daß sie sehr gering
Rechnen, Rechtschreiben, Aufsatz mangelhaft bei gutem Betragen.
ch erzeugter Sohn scheint ein geradeso verkommener Mensch
seine Mutter. Reflektorische Pupillenstarre, paralytische Demenz,

in diesem Falle ist also eine frühere Idiotin paralytisch
Mikrocephal war allerdings diese nicht. Daß sie
ot hätte, dafür ließen sich keine Anhaltspunkte finden.
t sie zu erwerben scheint sie bei ihrem Leben wohl
haben.

l Schömig, 67 Jahre alt, tritt ein am 5. August 1904.
hulzeugnisse liegen zwar nicht vor, aber es ist in Erfahrung zu
3 er von jeher intellektuell nicht vollwertig war. Es ist ihm
en das Schreiben zu lernen, während er einigermaßen gut
l lesen konnte. Es läßt sich nichts von überstandener Syphilis
ınd seinem ganzen Vorleben nach scheint es sehr unwahrschein-
habe Syphilis akquirieren können.

s: Keine Zeichen überstandener Lues. Periphere Arteriosklerose.
Pupillen. Prompte Reaktion. Patellarreflexe fehlen. Gang
ıngen leicht ataktisch. Stimmung ist ein rascher Wechsel von
Euphorie und Depression. Seine Reden sind ein buntes Gemisch
osen Größenideen, Erinnerungsfälschungen und anscheinend
Erlebtem. Koprophagie. Kann noch ziemlich gut rechnen.

ı eine Anstalt verbracht, aus welcher zwei Monate später berichtet
er Zustand schlimmer geworden sei. Kann jetzt gar nicht mehr
ch sonst deutlicher intellektueller Rückgang, Gedächtnis- und
che. Miosis im Zunehmen. Passagere Pupillendifferenz L > R,
eaktion. Patellarreflexe fehlen.

na Ritzler, 47 Jahre alt, aus Großlangheim. Eintritt
1897.

er Heimatsgemeinde kommt ein längerer Bericht über das Vor-
ızeitig mit den Schulzeugnissen. Die Noten des letzteren sind
hlecht, abgesehen von Note I für Betragen und II für den Fleiß.

Daten vorhanden sein. Mangelhafte geistige Entwicklungsfähigk
wahrloste Erziehung. In späteren Jahren ergab sie sich einen
Lebenswandel (auf dem Lande), hatte zwei Kinder, welche st
sich oft nachts in Schäferhütten auf oder schlief auf dem Boden
wohnung.

Die Mutter ist kein Genie, aber doch geistig normal,
Schwester eine hochgradig hysterische und sehr ex
Person ist."

Die frühere Idiotin leichten Grades wurde in der letzten
viel höherem Maße blödsinnig. Daß „exogene" Momente für
Krankheit vorliegen, ist zwar nicht bewiesen, aber nach ihrem V
möglich.

Status: Pupillen träge, paralytische Sprache, stark taum
trophische Störungen, hochgradige Demenz. Die Sektion b
Diagnose. Schädelinhalt 1200 ccm. $\frac{\text{Großhirn-}}{\text{Kleinhirn-}}$quotient spric
Mikrocephalie.

Also auch hier wieder eine Kranke, die idiotisch
cephal ist, bei hereditärer Belastung, und bei der sich
Paralyse entwickelt.

7. Therese Benkert. Genaue Krankengeschichte in de
Dissertation *Eckel,* Spontanfrakturen bei Paralyse, Würzburg 190
war zweifellos angeboren schwachsinnig. Der dünne Schädel h
Kapazität von 1200 ccm, der $\frac{\text{Großhirn-}}{\text{Kleinhirn-}}$quotient war auch nied
wöhnlich, so daß auch bei ihr die Diagnose Mikrocephalie ges
kann. Von Lues war bei ihr nichts zu ermitteln.

8. Dorothea Utz, unehelich geboren, aus Würzburg 1856.
Schule immer in allen Fächern die Note 4 gehabt. Ist demn
idiotisch von Haus aus. Sehr verwahrloste Jugend. War in ein
anstalt untergebracht worden. Daraufhin Bauernmagd, heiratete e
knecht, mit dem sie dann nach Würzburg zog. Sie hat meh
Kinder, hat nie abortiert. Auch sonst spricht nichts dafür, da
syphilitisch gewesen wäre. In der letzten Zeit wurde sie immer
nachläßig, unreinlich.

Status: Miosis beiderseits, reflektorische Pupillenstarre
Patellarreflexe usw. Diagnose durch die Sektion bestätigt. Sch
nur 1120 ccm; dabei kann der Schädel nicht auffallend dick g

Das Kleinhirn ist hier allerdings sehr leicht, so daß der Quotien
relativ groß ist.[1]) Es ist nicht ausgeschlossen, daß es sich um is
hirnatrophie handelt.

Digitized by Google

arete Hesselbach,[1]) geboren 27. März 1867.

linik vom 29. Januar 1892 bis 16. Juli 1895. Vater seit 1864
r. 1880 6 Wochen lang wegen Geistesstörung in Werneck. Er
Anfall gehabt mit Bewußtlosigkeit, Sprachlosigkeit, erschwerter
holepilepsie?). Daß er Lues gehabt habe, darüber ist nichts
kannt. Gonorrhoe und Ulcus molle hat er gehabt, aber es läßt
eisen, daß er Syphilis gehabt hätte. Auch bei dieser Kranken
ine Zeichen hereditärer Lues nachweisen. Sie ist noch Virgo.
der Schule beschränkt, vom 17. Lebensjahr an wurde die Demenz
.

Pupillenreaktion auf Licht sehr träge. Patellarreflexe fehlen,
ytische Demenz. Diagnose durch Sektion bestätigt. Der
Gehirn
nhirn war niedrig, der Schädelinhalt betrug 1170 ccm. Der
zwar etwas dick, war aber auch während des Lebens schon
leinheit aufgefallen. Der mutmaßliche Inhalt nach dem Kephalo-
nur 1240 ccm betragen.

uch hier ausgesprochene Mikrocephalie bei ange-
hwachsinn, auf dessen Boden sich die Paralyse ent-

en bis jetzt beschriebenen neun Fällen sind noch sechs
n, in denen ebenfalls aktenmäßig festgestellt ist, daß
rener Schwachsinn bestanden hat. Da sie nichts
anderes bringen, als das bisher an der Hand der
lle ausgeführte, kann ich wohl auf eine eingehendere
verzichten.

ang will ich nur ganz kurz eine Kranke erwähnen, Rosa Voll,
us Premich, welche zwar nicht angeboren schwachsinnig gewesen
t, bei welcher aber trotzdem eine Mikrocephalie bestand. Der
aum betrug hier nur 1200 ccm, ist also sehr gering, dabei ist
ammlung konservierte) Schädel nicht besonders dick, es ist ein,
n der Kleinheit, ganz normaler Schädel.

end ist es, daß gerade diese Gruppe von Paralytikern
geringere Menge von erblicher Belastung aufweist, und
man gerade bei ihnen wohl am wenigsten die abnorme
Anlage in Zweifel ziehen können. Allerdings ist gerade
Kranken die außereheliche Geburt häufig. Dadurch ist

Digitized by Google

von vornherein ausgeschlossen, über die hereditäre Bel
seiten des Vaters irgend etwas zu erfahren.

Seltener wie die angeboren Schwachsinnigen und Mik
aber gerade so sicher wie sie auf endogener psychopath
normität beruhend, sind die Epileptiker. Ich habe von
Fälle herausfinden können.

Der eine litt schon lange Jahre an eigentümlichen Krampf
von einer oberen Extremität ausgingen, deren Eintreten er merkte
Bewußtlosigkeit folgte.

Der zweite Patient, Conrad Weiß, hatte schon mit 30 J
mäßig seine epileptischen Anfälle; seine Frau, die ein merkwürdige
talent besaß, hatte sämtliche Anfälle gewissenhaft auf dem W
aufgeschrieben und die sämtlichen Kalender aufbewahrt. Von
diesem Kranken nichts zu finden gewesen. Zehn Jahre nach de
dieser epileptischen Anfälle machten sich die ersten Zeichen
bemerkbar. Daß auch die früheren Anfälle schon ein Zeichen der
Paralyse sein könnten, ist wohl ausgeschlossen; denn eine Para
mit derartig häufigen Anfällen einherginge, würde wohl sicher
zum Tode geführt haben.

Eine dritte Kranke, Margarete Müller, 43 Jahre alt, au
die im Jahre 1905 in der Klinik gestorben ist, hatte einen Brud
epileptisch war. Die Mutter war ebenfalls geistig nicht g
gewesen.

Schon 15 Jahre vor der Aufnahme, also im Jahre 1886, a
24 Jahre alt war, hatte sie einen Anfall von Bewußtlosigkeit ohn
Krämpfe im rechten Arm, Verwirrtheit, Sprachlosigkeit. Von da
holten sich die Krämpfe alle 8—14 Tage. Erst 1897 machten sic
Anzeichen zunehmender Geistesschwäche bemerkbar. Der weit
war ziemlich langsam. Am 30. Oktober 1901 kam sie in die Klini
dort am 23. April 1905. Im Leben hatten reflektorische Pupillenstarr
Kontrakturen, völlige Demenz usw. bestanden. Die Sektion be
Diagnose Paralyse.

Auch hier ist es wohl sicher auszuschließen, daß
1886 bestehenden, regelmäßig auftretenden Anfälle scho
scher Natur gewesen sein könnten.

Der vierte Fall endlich betrifft einen 67 Jahre alten Bauern
Sand aus Remlingen, der 1890 in die Klinik eintrat.

Seine Mutter litt an Migräne, eine Schwester eben
Bruder ist unheilbar geisteskrank, und eine Tochter ist ta
Seit 1859, also seit seinem 36. Lebensjahre, hat er Anfälle von Bew

hren hat er an melancholischer Verstimmung gelitten. Seit sechs
en sich die Anfälle, ihr Charakter ist derselbe geblieben; gleich-
n sich Anzeichen von beginnender Paralyse ein. Jetzt (1890)
illenstarre, Fußklonus usw., Demenz. Die Diagnose ist ganz

die Anfälle von 1859 schon durch Paralyse bedingt sein
wird wohl niemand im Ernste behaupten. Denn eine
die zu ihrer Evolution 31 Jahre braucht, wird es wohl
n.

ämen noch zwei Fälle hinzu, aber ich will sie nicht
, weil in dem einen die Diagnose Paralyse trotz der
nd der aufgehobenen Patellarreflexe nicht ganz sicher
in dem andern es nicht ausgeschlossen ist, daß die
men Anfälle doch schon ein Zeichen der bestehenden
gewesen sind.

schwieriger ist oft die Entscheidung, wenn es sich um
Paralyse vorausgehenden psychischen Krankheitsprozeß
r unter dem Bild einer sog. „funktionellen" Psychose
Wenn es sich da nur um wenige Jahre handelt, wie
lem Fall *Fausers*: Endogene Symptome bei exogenen
sformen (Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 62), wird man
immer dahin entscheiden, daß es sich tatsächlich schon
se gehandelt hat.

wenn man schon in der Mehrzahl der Fälle annehmen
es sich um eine scheinbar „funktionelle" Episode im
r „organischen" Erkrankung handelt, so gibt es dennoch
Reihe von Beobachtungen, bei denen man mit Bestimmt-
men kann, daß die erste Psychose noch nicht paralytischer
esen ist. Es sind solche Fälle als sekundäre Paralysen,
nation von zwei Psychosen und als Komplikation einer
en Psychose durch hinzutretende Paralyse beschrieben
nter anderen von *Calmeil*,[1]) *Hoestermann*,[2]) *Voisin*,[3])

---

la paralysie considérée chez les aliénés. Paris 1826.
stermann, Über sekundäre progressive Paralyse. Allg. Zeitschr.
32.

Digitized by Google

gefunden, die hierher gehören. Etwas zweifelhaft ist a
vielleicht die Entscheidung in folgendem Fall:

H. J. aus Z., hervorragender Gelehrter, geb. 1853, tritt zum in die Klinik ein im März 1898. Vater gestorben an Tuberkulos starb ganz plötzlich unter Umständen, die auf Epilepsie verdächtig Sohn von einer Mutterschwester ist epileptisch gewesen und im Status gestorben. Patient selbst hat von jeher gestottert, auch eine Schw der zweitälteste Sohn stottern. Patient war von jeher sehr tüchtig hat in allen Fächern, besonders in Sprachen, sehr viel geleistet, merkwürdigerweise von jeher für das Rechnen ganz unbegabt Er wuchs in gesunden ländlichen Verhältnissen auf. Schon aus de werden Vorfälle berichtet, die am besten durch „Hysterie" erklärli Wenn er zornig oder heftig wurde, wurde er ganz steif, konnte einig lang weder schreien noch sprechen, hatte oftmals Ohnmachtsanfäl schluß an ganz unbedeutende äußere Veranlassungen, auch als Stu aber nie ohne äußeren Anlaß. Von Zeit zu Zeit traten plötzliche un traurige Verstimmungszustände ein.

Er hat ein bewegtes Leben hinter sich, hat eine sehr rasche, Karriere gemacht, kann gewissermaßen als Genie[10]) in seinem Fache werden.

---

[1]) *Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.

[2]) *Tarien*, Paralyse générale succédant à une manie existant ans. Annal. médic.-psychol. 1888, pag. 401.

[3]) *Hoogberg*, Beiträge zur Ätiologie der progressiven Paralyse

[4]) *Richter*, Dementia paralytica als Kombination einer Paranoi Allg. Zeitschr. Bd. 55.

[5]) *Frey-Swenson*, Beiträge zur Statistik der allgemeinen pr Paralyse. Psych. Wochenschr. 1899 Nr. 14.

[6]) *Baer*, Die Paralyse in Stephansfeld. Inaug.-Diss., Straß S. 79 ff.

[7]) *Joffroy et Gombault*. Arch. de Neurologie 1900, X, pag. 2

[8]) *Lundborg*, Dementia paralytica bei einem Ehepaar. Psy Wochenschr. 1902, S. 301.

[9]) Auszuschließen sind die Fälle, wo zu einer bestehenden Gei heit Tabes hinzukommt.

[10]) Ich will ganz kurz die Frage betr. den Zusammenhang

Digitized by Google

Stottern des einen. Daß er Syphilis gehabt habe, ist so gut wie
ssen. Trotz der eingehendsten Nachforschungen läßt sich für die
einer Infektion, gegen deren Möglichkeit er selber und auch die
en ganz energisch protestieren, auch nicht die Spur eines Anhalts-
nden.

Frühjahr 1898 im Anschluß an eine starke Furunkulose und an die
nes besonders großen Furunkels auf dem Kopf wieder ohnmachts-
Zustände, sowie Aufregung und Bewußtseinstrübungen. Setzte vier
ie Arbeit aus, fing dann wieder an, wurde aber bald aus rein
Gründen zur Arbeit unfähig, beurlaubt, und kam am 13. März in

us: Körperlich keine Abnormitäten, insbesondere nichts, was für
präche. Intelligenz gut. Stimmung wechselnd. Stottern sehr von
n Einflüssen abhängig. Sehr suggestibel.
22. März anscheinend geheilt entlassen, arbeitet bis Mitte Juni
Da nun aber wieder starke Aufregungszustände vorhanden sind,
am 18. Juni 1898 zum zweitenmal in die Klinik. Es wird bestimmt
daß er weder durch Intelligenz- oder Gedächtnisdefekte, noch
ines, taktloses Benehmen aufgefallen sei. Aus seinen schriftlichen
us dieser Zeit läßt sich weder nach Form noch nach Inhalt ein
auf Abnehmen der intellektuellen Fähigkeiten schließen. Auch
och keine Innervationsstörungen, die auf Paralyse hindeuten könnten,

---

se berühren. *Möbius* spricht in einem Aufsatz der Psych.-neurol.
r. VI 1904 S. 9 die Behauptung aus, daß die berühmten Leute, die
geworden sind, nicht als Beispiele bei den Erörterungen über die
n zwischen Genie und Geistesstörung benutzt werden dürfen, weil
em Auftreten der progressiven Paralyse gar keinen andern Schluß
ne, als daß der Erkrankte vorher Syphilis gehabt habe. Die Antwort
weiten Teil dieser Behauptung werde ich weiter unten geben, auch
ich auf die Frage der Beziehung von Genie und Geistesstörungen
weiter einlassen. Ich will nur bemerken, daß es eigentlich schade
Möbius, der auch dieser Frage nähergetreten ist, von vornherein
reichliches Material, wie die Paralytiker, verzichtet hat. Ich bin
t, daß man nicht jedes Genie von vornherein als Dégénéré zu
habe, aber gerade bei denjenigen Paralytikern, die *Möbius* er-
etzsche, Lenau, Schumann, Rethel usw. haben wir viel sicherere
die ihre abnorme psychopathische Veranlagung beweisen, als ihre
Man braucht nur das Vorleben gerade dieser Männer genau zu
nd wird bei der Mehrzahl von ihnen, sowohl was sie selbst, als was
örigen betrifft, auf Daten stoßen, die auf eine endogene Veranlagung
törungen hinweisen.

Digitized by Google

klonus vorhanden, gewöhnlich aber nicht.

Unregelmäßige Herzaktion, Glycosurie und zeitweise Albumi nur in den ersten drei Monaten des zweiten Aufenthaltes. Wäh Zeit bestand ein Zustand völliger Verwirrtheit, mit aphasieähnlic tomen.

Für diese drei Monate völliger Verwirrtheit besteht später total er erinnert sich nicht an Besuche, auch für die aphasieähnliche hat er keinerlei Erinnerung.

Am 10. September zum letztenmal Zucker 3,5%, auch nie me oder Aphasie. Von da an Kontinuität des Bewußtseins, aber es ein Zustand mit massenhaften Halluzinationen, bestimmten, fes Wahnideen (Fernwirkung durch Elektrizität, Elektrisieren durch A Phonographen; die Frau gibt an, er habe schon vor vielen Jahre fallend viel mit Phonographen beschäftigt). Halluzinatorische D meint, man wisse schon alles; spricht von Ehebruch seiner Fra ihm Geld gestohlen.

Am 1. März 1899 wird er entlassen. Es wird die Frage halluz Paranoia erörtert, aber auch die Möglichkeit offen gelassen, daß eine Epilepsie handeln könne, besonders in Anbetracht des d langen Dämmerungszustandes und der epileptischen Familienanan

Vom 1. März 1899 bis Mitte Mai 1900 in der Irrenanstalt z

Vom 14.—15. Mai 1900 wieder in der Klinik. Jetzt ganz Bild. Demenz. Pupillendifferenz. Rechte Pupille weiter, reag Sprache langsam, stottert nicht mehr. Vom 19.—26. Februar 1901 z mal in der Klinik. Rechte Pupille fast lichtstarr. Fußklonus, Kontrakturstellung der unteren Extremitäten. Unreinlichkeit. Di ralyse sicher.

In Anbetracht des geringen zeitlichen Abstandes scheinbar „funktionellen“ Episode vom Manifestwerden lyse wird man wohl doch annehmen müssen, daß sc die Paralyse im Beginn war. Das hindert jedoch nicht betreffende Kranke von Jugend auf abnorm war, isoliert sowohl was Sprache, als auch was Rechnen betrifft, au sonst hervorragenden intellektuellen Eigenschaften. I Vorleben, zusammen mit der Familienanamnese, läßt es scheinlich erscheinen, daß wir es mit einem [Hystero-]E zu tun haben.

In anderen Fällen haben wir klarere Verhältnisse.

Friedrich Samendinger, geb. 6. September 1850 in ledig, Fuhrknecht. Erster Eintritt in die Klinik mit 40 Jahren tember 1890. Nach den Schulzeugnissen nur mäßig begabt. V

ekannt, auch keine objektiven Anhaltspunkte dafür vorhanden
be hat er 1884 gehabt. Drei Wochen vor dem Eintritt weinerlicher
g, rührselig, verschlossener und stiller als sonst. Zerstreut und
h.

rperliche Untersuchung negativ. Klagt über Sorgen, die ihm
en Kopf gehen, spricht von einer Heirat, die ihm im Sinn steht
Vorfälle von Zertreutheit damit, daß damals gerade das Mädchen
heiraten wollte, vorbeigegangen sei. Wortkarg. Antwortet zögernd
n großen Pausen, sagt oft: „Das werden sie schon wissen," wenn
ausforscht. Wird bald mißtrauisch und meint, man wolle ihn ver-
Es stellt sich heraus, daß er Stimmen hört, welche ihn teils schimpfen
Handlungen herausfordern, die er tun müsse. Konstante Wahnideen
ihm übel gesinnt, verspotte ihn usw. Am 22. Dezember 1890 nach
tlassen mit der Diagnose Paranoia.

25. Januar 1899 erfolgt die zweite Aufnahme. Während 1890 keine
paralytischer Natur vorhanden waren, besteht jetzt reflektorische
tarre, *Westphal*sches Phänomen. Auch besteht jetzt zweifellos In-
törung. Apathie, auffallende Heiterkeit, macht einen ganz dementen
. Sonst sind die einzelnen Geistesfunktionen noch nicht besonders

war draußen durch unsinnige Wareneinkäufe aufgefallen. Daß er
ues erworben habe, dafür fehlen alle anamnestischen Daten.

e große Frage ist auch hier: War er schon 1890 para-
Auch bei der zweiten Aufnahme, 1899, waren noch
seiner früheren Wahnideen vorhanden, und ein derartiges
en derselben spricht schon gegen Paralyse, ebenso wie
njährige Zwischenraum zwischen den beiden Aufnahmen.
nze Krankengeschichte spricht doch dafür, daß bei dem
us aus mäßig begabten Individuum, das früher wegen
a in Anstaltsbehandlung gewesen ist, sich zuletzt eine
e entwickelt hat.

inrich Büchs, aus Münnerstadt, geboren den 17. Juli 1854. Erster
lt in der Klinik vom 4. August bis 27. Oktober 1890. In dieser Zeit
n keinerlei Symptome, die für Paralyse hätten sprechen können
normal, Patellarreflexe vorhanden. Man hielt ihn für paranoisch.

mnetisch wurde festgestellt, daß beide Eltern normal gewesen seien
ie Geschwister, bis auf einen Bruder, der an primärem Schwachsinn
s ist aktenmäßig festgestellt, daß er viel in der Welt herumgezogen
er im Jahre 1884 wieder plötzlich in seiner Heimatsgemeinde auf-
und schon damals durch seinen Geisteszustand auffiel
einen starken Verfolgungswahn. Man peinige ihn mit elektri-

Er wurde zweimal ins Arbeitshaus gebracht, wo sich die Verfolg
als konstant erwiesen, und wo er oft aggressiv gegen vermeintlic
wurde. Stand stundenlang am Fenster und redete vor sich hin,
Himmel hinaufblickend, hatte zahlreiche Halluzinationen. Verwe
Nahrung „wegen Leichengeruch der Speisen". Da er immer a
wurde und schließlich nicht mehr in seiner Heimatsgemeinde gelass
konnte, wurde er 1890 in die Klinik gebracht, wo er dieselben V
äußerte, wie schon wenigstens sechs Jahre vorher, von Verfolgung
bund usw.

Er war dann zwei Jahre in der Irrenanstalt Werneck, wo
langen Beobachtung ebensowenig ein paralytisches Symptom gefund
wie während des fast dreimonatlichen Aufenthaltes in der Klinik. E
sehr fleißig, arbeitsam, hielt mit seinen Wahnideen zurück,
entlassen zu werden.

Nachdem er zwei Jahre zu Hause gewesen, kommt er am 3.
1894 zum zweitenmal in die Klinik. Jetzt besteht Lichtstarre beid
und zweifellos beginnende Demenz. Als Nebenbefund großer Abdom
Melanosarkom der Leber, dem er am 24. Januar 1895 erlag.

Die Diagnose war auf beginnende Paralyse gestellt w
wurde durch das Sektionsergebnis bestätigt. Für Lues fanden s
anamnestisch noch objektiv irgendwelche Anhaltspunkte.

In diesem Falle wird wohl ein Zweifel nicht bestehen
darüber, daß der Zustand, der sicher schon mindestens ze
vor der zweiten Aufnahme bestanden hat, und der sowohl
des ersten Aufenthaltes als auch in Werneck für eine
gehalten worden ist, noch nicht paralytischer Natur gew
kann. Wir kommen nicht darüber hinweg anzunehmen,
diesem Patienten zwei Geisteskrankheiten vorgelegen ha
wir gewohnt sind als zwei ganz unzusammenhängende, sell
Psychosen aufzufassen.

Wenn wir nun kurz zusammenfassen, was aus de
Ausgeführten hervorgeht, so sehen wir, daß, wenigstens
Material der Würzburger Klinik, einmal die heredit
lage bei der Paralyse keine Seltenheit ist, daß
nahe gerade so häufig angetroffen wird, wie
andern Geisteskrankheiten, trotzdem wir wegen
günstigeren Verhältnisse der Anamnesenaufnahme bei
schon an sich geringere Zahlen erwarten dürfen, u
zweitens in der Vorgeschichte einer großen Anz

von psychischer Abnormität, ja sogar aus
ochene Geisteskrankheiten gefunden werden.
edenfalls sind wir nach dem Resultate diese
suchung nicht ohne weiteres dazu berechtigt, di
yse in Gegensatz zu den meisten andern Psychose
llen und zu sagen, bei ihr spiele das endogen
nt eine wesentlich geringere Rolle, wie bei andere
skrankheiten.

II.

ie verhält es sich nun bei unserem Material mit der Lues
ahllosen Statistiken, die über den Zusammenhang vo
se und Syphilis gemacht worden sind, schwankten in ihre
ten zwischen den extremsten Werten, je nachdem de
icher seine Bedingungen für die Annahme einer statt
en Infektion sehr streng oder nicht aufstellte.
n habe sichere Lues nur dann angenommen, wenn die
namnestisch einwandfrei festgestellt war, oder wenn ob
Zeichen derselben zurückgeblieben waren. Sind eine Reih
nweisen vorhanden, während ein objektiver Beweis fehlt
wir nur berechtigt von wahrscheinlicher Syphilis zu reden
berechtigt ist man jedoch nur auf Grund von vereinzelte
n, Sterilität oder andern ebenso unsicheren Zeichen je
n für luisch zu halten.
unsern 270 Fällen von Paralyse, die größtenteils aus eine
ammen, in der die Syphilis an der Klinik noch als fas
ießliche Ursache galt, und bei denen infolgedessen mi
n Eifer nach Lues geforscht worden ist, habe ich heraus
en, daß nur 35 mal mit voller Sicherheit Lues festgestell
konnte. 18 mal ergab die Anamnese, daß die Syphili
icht ganz einwandfrei bewiesen war, daß aber doch di
heinlichkeit der vorhergegangenen syphilitischen Infektio
war, daß wir sie praktisch wohl auch als sichere Fäll
nen können, so daß wir im ganzen unter 270 Paralyse
vorhergegangener luischer Infektion hätten, d. i. im ganze

Anhaltspunkte für überstandene Lues nicht vorliegen, in
ber doch auf Grund des sehr bewegten Lebens, von wiede
Aborten, Sterilität usw. die Möglichkeit einer syphilitisch
ektion nicht gering ist. Rechnen wir diese noch dazu,
die Syphilis bewiesen wäre, dann haben wir im günstigste
66 Fälle mit Syphilis, d. i. 24,4 %, während in allen
Fällen absolut keine Anhaltspunkte für Lues vorhande
Das hindert natürlich nicht, daß nicht doch noch manc
ihnen syphilitisch gewesen sein können.

Von den 66 Fällen entfallen 15 auf diejenige Grup
98 Fällen, welche ich im ersten Teil meiner Arbeit be
habe, und welche teils hereditär belastet, teils früher ps
abnorm gewesen sind, und zwar neunmal sichere, zweim
sichere und viermal einigermaßen wahrscheinliche Lue
macht dies 15,3 % gegen 24,4 % im Vergleich zu sän
Paralytikern und gegen 30,4 % nach Abrechnung dieser 9
Wir sehen also, daß die Häufigkeit syphilitischer Infekt
diesen 98 Fällen nur etwa halb so groß ist, wie bei den
Fällen.

Wir sehen also, daß wir doch relativ geringe Prozen
gefunden haben, trotzdem noch Ende der neunziger Ja
der Würzburger Klinik immer an die wichtige Rolle der S
geglaubt wurde und dementsprechend auch sehr genau
geforscht worden ist.

Nun kann man allerdings einwenden, das negative
der Nachforschung und Untersuchung beweise noch nich
die Betreffenden nicht doch am Ende Syphilis gehabt
Aber schließlich ist man ja bei keinem Menschen sicher
nicht doch schließlich Syphilis gehabt haben könnte.

Da ist es nun ganz gut, wenn man sich die Wo
Augen hält, die *Virchow* bei der Einweihung des patholo
nstituts in Berlin ausgesprochen hat, und die *Sprengeler*
Einleitung seines Aufsatzes in der Allgemeinen Zeitsch
Psychiatrie, Bd. 56 S. 725, zitiert. Sie lauten:

„Heutzutage gibt es viele, die das Zählen für die eigentlich
der Wissenschaft halten und daraus die Tatsachen entnehmen zu

Digitized by Google

... Auf diese Weise ist man dahin gelangt, für gewisse Krankheiten
Syphilis das ätiologische Moment zu finden. Es handelt sich um
neurysma und Paralyse. Nach der Statistik lassen sich diese Krank-
riesig überwiegender Majorität auf Syphilis zurückführen. ...
nn man auf diesem Wege fortschreitet, kommt man dahin, daß die
ng dieser wie auch anderer Krankheitsbilder seitens der Pathologen
mit Bezug auf das alleinseligmachende Dogma der Syphilis

rze Zeit, nachdem ich diese Worte gelesen hatte, bekam
en Aufsatz in die Hände, in dem *Gregor Steiner*[1]) über
logie der Dementia praecox spricht und zu dem Schlusse
daß die Syphilis auch in der Ätiologie dieser Krankheit
lle spielt, und daß ein Teil der Fälle von Dementia prae-
überstandene Syphilis zurückgeführt werden könne. Es
gewiß eine gute Illustration zu obigen Worten *Virchows*
ist ein betrübender Beweis für unsere Unkenntnis in ätio-
en Sachen der Psychiatrie einerseits und für die Kritik-
t, zu welcher die Befriedigung ihres Kausalitätsbedürfnisses
roße Anzahl von Psychiatern verleitet, anderseits, wenn
usehen muß, wie fast überall ratlos im Dunkeln herum-
wird, wie, um nur bei dem Beispiele der Dementia prae-
bleiben, nacheinander Thyreoidea, Parathyreoidea, Genital-
[2]) Toxiinfektionen (*Dide*) und schließlich auch noch die
für ihre Entstehung verantwortlich gemacht werden.
rchow wird wohl kaum der Statistik jeden Wert haben
hen wollen, sondern wird wohl nur vor ihren Auswüchsen
warnen wollen; und wie Recht er darin hatte, das beweist
en jener Aufsatz von *Gregor Steiner*, der gewissermaßen
üßen ist als Zeichen von der Selbstzersetzung des Dogmas
großen Rolle der Syphilis.
mag vielleicht niederdrückend wirken, wenn man sieht,
durch das wenige, was wir über die Ätiologie sicher zu
glaubten, hinfällig wird, und wir so wieder auf die „Krank
unbekannter Ursache" zurückkommen; aber bei der wissen-
chen Forschung, wo es nur darauf ankommen soll, die

[1]) Psych.-neurolog. Wochenschr. 1905, S. 77.
[2]) Es sei nur auf *Lomer* und seinen „Heilvorschlag" hingewiesen.

Digitized by Google

ein.

Wie verhält es sich nun mit den andern Beweisen d
hilistheorie?

Als ein Hauptargument wird von den Anhängern
heorie ins Feld geführt, daß Tabes und Paralyse
öllig identische Krankheiten sind mit ausschließl
erschiedenheiten der Lokalisation, und da für die
uf Grund der Statistiken die Frage der luischen Ätiolo
ut wie sicher in bejahendem Sinne entschieden sei, müss
ür die Paralyse, die doch bloß eine Tabes des Gehirns s
elbe Ätiologie annehmen.

Ich lasse dahingestellt, ob die Voraussetzung für die
utreffend ist oder nicht. Aber wie gering der Wert obig
eisführungsart anzuschlagen ist, das geht schon daraus
ervor, daß umgekehrt auch wieder gesagt wird: Daß Tab
aralyse im Grunde zwei gleiche Krankheitsprozesse sin
chon daraus ersichtlich, daß beide dieselbe Ätiologie
ämlich vorausgegangene syphilitische Infektion.

Also je nach Bedarf wird der eine oder der andere T
atzes als sichere Grundlage aufgestellt, auf der sich d
ünschte logische Schluß aufbauen soll. In Wirklichk
s aber bis jetzt ebensowenig bewiesen, daß in
rankheiten die Syphilis das zur Entstehung
gens ist, wie es bewiesen ist, daß Tabes und Pa
ur eine Krankheitsform darstellen, die nur
chiede in der Lokalisation aufweise.

Denn wenn schon die Majorität der Paralytiker V
ungen in den Hintersträngen aufweisen, so handelt e
och in der Mehrzahl der Fälle nicht um eine
abische Degeneration. Nur diejenigen, welche anat
nd klinisch eine charakteristische Tabes aufweisen, und
an allein den Namen Taboparalysen zuerkennen sollte,
erdienen, mit der Tabes auf eine Stufe gestellt zu werde

Ein anderer Beweis für die Tatsache der vorausgega
ues soll das bekannte Experiment sein, von dem *Kraft*
erichtet hat, nämlich der vergebliche Versuch der Syphili

Digitized by Google

amals die Inokulation richtig gemacht worden ist, und
zu zweifeln liegt kein Grund vor, die betreffenden Para-
auf das luische Gift nicht reagiert haben. Dem Experi-
inen beweisenden Wert beizulegen, dafür liegt keinerlei
ssung vor, weil erstens jeder Kontrollversuch an nicht
ikern (von demselben Beobachter, mit derselben Giftquelle)
cht verständlichen Gründen fehlt, und weil zweitens diesem
ven Experimente Fälle von positiver Syphilis-
agung im Verlauf der Paralyse entgegenstehen. Es
rartige Fälle mehrfach beschrieben worden. Ein Teil von
mag allenfalls zweifelhaft sein, aber mehrere, über die
i und *Galiano*[1]) berichtet haben, sind ganz sicher beob-
worden.[2]) Dadurch ist jedenfalls bewiesen, daß es
tiker gibt, die nicht syphilitisch infiziert gewesen
und daß zum Zustandekommen der Paralyse eine
gegangene syphilitische Ansteckung nicht unbe-
nötig ist.

er wenn man nun tatsächlich annehmen würde, daß ein
cher Zusammenhang zwischen Paralyse und Syphilis be-
o würde man noch immer einer Reihe von Rätseln gegen-
nen, deren allergrößtes nicht das ist, weshalb von den vielen
ikern nur so wenige paralytisch werden, sondern vielmehr
lb gerade in solchen Ländern, wo die Syphilis so
s häufig ist, fast gar keine Paralysen beobachtet
n.

meinen nun die einen, es wäre die nicht abge-
chte europäische Syphilis, die zur Paralyse führe. Andere,
urnier, der ein ausgezeichneter Syphilidologe, aber des-
och kein Psychiater ist, glauben jedoch, daß es gerade

Zitiert von *Joffroy.* Rev. neurolog. 1905, pag. 599.

Anm. b. d. Korrektur: Ich selbst habe in Basel vor kurzem Gelegen-
bt, einen Paralytiker zu beobachten und zu sezieren, der an sekun-
philis litt und u. a. typische plaques muqueuses hatte. Die Sektion
Diagnose Paralyse bestätigt, u. a. auch deutliche, ausgedehnte Hinter-
generation. Ich hoffe bei Gelegenheit ausführlich auf den Fall

Paralyse im Gefolge hätten. Das hindert jedoch nicht, Leuten, die sehr energische antiluische Kuren durchgemach eine Paralyse zum Ausbruch kommen kann, und daß un gerade in Afrika, unter den Eingeborenen, bei denen die so häufig ist und fast nie behandelt wird, so gut wie kei lysen vorkommen.

Wir sehen also hier eine Reihe von Widersprüch unbewiesenen Behauptungen.

Die relative Seltenheit der Paralyse auf dem ist auch kein Beweis in einer Zeit, wo durch die Einführ allgemeinen Wehrpflicht fast allen Männern Gelegenheit wird, in die Nähe von Ansteckungsorten zu gelangen.

Man hat versucht die Frage durch vergleichend tistiken zu lösen, indem man feststellte, wie oft im V der Paralytiker die Syphilis gefunden wird, und wie oft andern. Statt, daß man nun aber zum Vergleiche die gesunden heranzog, nahm man die anderen Geisteskran betreffenden Irrenanstalten. Aus einer Zusammenstellun rerer derartiger Statistiken hat *Rieger*[1]) berechnet, daß i der Fälle Syphilis nachweisbar sei, und daß ein Syphi 16—17 mal mehr Chancen habe paralytisch zu werden, anderer Mensch. Aber *Rieger* ist jetzt davon überzeu dieses Resultat nicht richtig sein kann. Denn die G kranken, die in einer Anstalt interniert sind, i in Bezug auf die Syphilis nicht mit den geistesges nicht Internierten verglichen werden. Denn die M der Insassen von Irrenanstalten ist schon in relativ jungen in die Anstalt gebracht worden, ehe sie vielleicht Gel zur Infektion hätte haben können, und ist nun in der gegen Ansteckung so gut wie geschützt.

Der Paralytiker dagegen kommt meist in reiferen Ja die Anstalten. Er hat in der Regel die Zeit hinter sich, die Gefahr der Syphiliserwerbung am größten ist, den

Digitized by Google

1) Schmidts Jahrbücher, Bd. 210, S. 88 ff.

t 40 Jahren noch keine Syphilis erworben hat, dann ist
rscheinlichkeit, daß er sie noch bekommen werde, viel
.

ter diesen Umständen ist es ganz verfehlt, die
tiker mit den andern Insassen derselben Anstalt
gleichen. Wenn man vergleichbare Werte haben will,
man die Paralytiker mit Geistesgesunden vergleichen,
em ungefähr in demselben Durchschnittsalter stehen,
Paralytiker, wobei es auch wieder nötig ist, daß die zu
henden Werte von demselben Beobachter und nach der
Methode gefunden worden sind.

er sogar wenn sich nach Erfüllung aller dieser Vorbe-
en nun herausstellen sollte, daß die Paralytiker im Ver-
den andern Menschen häufiger syphilitische Erkrankungen
macht haben, so wäre damit noch immer nicht bewiesen,
Syphilis die Paralyse hervorruft.

nn wir haben eben gesehen, daß ein großer Teil der
ker schon von Haus aus psychopathisch veranlagt ist, daß
gar sicher schon direkt pathologisch sind, und daß diese
en durch ihre psychopathische Minderwertigkeit viel eher
ewegten Leben ausgesetzt sind, und so bei ihnen die Ge-
t zur Erwerbung von Syphilis viel größer ist, als bei den
esunden.

n müßte in diesem Falle die Frage so formulieren: Falls
herausstellen sollte, daß in der Anamnese der
tiker sich die Syphilis häufiger findet als bei
dern Menschen, ist dann dieser Umstand darauf
zuführen, daß nur Syphilitiker paralytisch werden.
st es nicht vielmehr so, daß die Syphilis bloß ein
ntelles Ereignis darstellt, dem sie wegen ihrer
pathischen Anlage leichter ausgesetzt sind, das
ür die weitere Entwicklung der Krankheit ganz
los ist?

ch allem, was ich bis jetzt ausgeführt habe, wäre ich
geneigt das letztere anzunehmen. Nun kommt aber in
t, daß es doch eine gewisse Zahl von Fällen gibt, in denen

und manifester Paralyse besteht, daß es fast unmöglich
an ein bloß zufälliges Zusammentreffen zu glauben.

Hierher gehören auch die Fälle von konjugaler P
In der Würzburger Klinik ist, wenn wir absehen von einem
dem Paralyse beim Manne und Tabes bei der Frau bes
den 15 Jahren nur ein Fall beobachtet worden, und auc
ist nicht ganz einwandfrei, da weder bei dem Manne
der Frau die Diagnose völlig sichergestellt war. Der
ziemlich akut erkrankt, Fehlen der Patellarreflexe,
14 Tage langem Aufenthalt gestorben. Ein Sektions
konnte nicht mehr aufgefunden werden. Bei der Frau
Miosis beiderseits, rechts stärker, rechte Pupille träge; M
Apathie, eitrige Geschwüre. Sie ist dann in einer anderen
gestorben. In der wenig ausführlichen Krankengeschichte,
dort requiriert wurde, ließ sich weder ein Anhaltspunkt f
gegen Paralyse finden.

Während wir also nur ein paralytisches Ehepaa
finden können, und auch bei diesem ist die Diagnose wi
nicht einwandfrei, haben wir gar nicht so selten ande
paare in der Klinik gehabt. Zweimal sind die beide
gleichzeitig in der Klinik gewesen. Das eine Mal han
sich um funktionelle Psychosen, das andere Mal um eine
die angeboren schwachsinnig war, dann paralytisch
während ihr Mann an primärem Schwachsinn leidet. In
Falle kann es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen
es wird wohl niemand einen ätiologischen Zusammenhang
den beiden Erkrankungen annehmen. Solche Tatsachen
zur Vorsicht. Ob es sich nicht auch in einem Teil der F
konjugaler Paralyse um ein bloß zufälliges Zusammen
handeln kann, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls darf m
außer Acht lassen, daß der Zufall oft eine sehr große Rol
und man kann nie genug darauf bedacht sein, den Fehler
meiden, irgend ein zufälliges Geschehen, auch wenn es
auftritt, nun gleich als Regel aufstellen oder daraus al
Schlüsse ziehen zu wollen.

Digitized by Google

Aber wie gesagt, es läßt sich wohl nicht leugnen,

s die wichtige Rolle der Ätiologie zufällt. Anderseit
wir aber gesehen, daß das endogene Moment keinesweg
lässigt werden kann, da einmal die hereditäre Belastun
ebenso häufig getroffen wird, wie bei den andern Geistes
n, und da zweitens eine ganze Reihe von Paralytiker
vor der Paralyse als abnorm aufgefallen sind.
s diesen Gründen haben eine große Anzahl von Autore
Kompromiß geschlossen und nehmen an, daß die Paralys
uf dem Boden einer endogenen Anlage entstehe, aber da
n sich noch nicht genüge, um die Paralyse hervorzurufen
daß die Syphilis eine conditio sine qua non sei. Wi
aber, wenigstens an der Würzburger Klinik, ziemlich viel
n, wo trotz endogener Anlage plus Syphilis kein
yse zustande kommt, sondern eine andere Geisteskrankhei
; eine Kranke ist sogar bis in ihr 70. Lebensjahr genau
tet worden.
dem haben wir gesehen, daß in der Mehrzahl unsere
ichts von Lues zu konstatieren war, in einer ganzen Anzah
sogar ganz unwahrscheinlich, fast so gut wie ausge
en; experimentell ist nachgewiesen, daß es Paralytike
e nie Syphilis gehabt hatten.
enn also für eine Anzahl von Fällen die Evidenz eine
ichen Zusammenhangs nicht geleugnet werden kann, s
doch für die vielen andern kein Grund, einen solchen an
en.
drängt sich denn doch die Frage auf, ob wir nicht auch
och unter dem Namen progressive Paralyse eine Zu
enfassung verschiedener Krankheitsprozesse haben
r zwar vorläufig klinisch noch nicht genau kenne
, die aber in ihrer Ätiologie und ihrem Wesen ver
n sind.
ese Annahme scheint mir viel für sich zu haben. Den
ben sowohl im klinischen Verlauf der verschiedenen Para
ls auch in den anatomischen Befunden große Variationen
ogisch ist es jedenfalls schon gelungen, eine Unterscheidun
edener Typen zu erzielen, indem wir einmal die richtig

ytische) Hinterstrangserkrankung und schließlich eine gro
ahl von Fällen mit Seitenstrangs- und kombinierter Degener
lle diese verschiedenartigen Krankheitsbilder werden heu
och mit dem Sammelnamen Paralyse bezeichnet. Ihr
emeinsam der progrediente, in absehbarer Zeit zum Tode fü
erlauf, der mit fortschreitender Demenz, Untergang von I
ubstanz und körperlichen Symptomen einhergeht.

Vielleicht ist es nicht unmöglich, daß man gerade auf
ogischem Wege eine Scheidung in verschiedene Grupp
äme, so daß wir auf der einen Seite ev. die „metasy
chen" hätten, vielleicht die echten Taboparalysen, die j
Fürstners[2]) Ansicht wohl noch am ehesten auf Syphilis
eführt werden können, und auf der andern Seite alle a
obei allerdings noch nicht gesagt wäre, daß nun alle
älle unter eine einheitliche Gruppe gehören sollen.

Ich will hier nur kurz einfügen, daß es Rätsel und Sch
eiten in ätiologischer Hinsicht bez. Lues und Heredität
loß in der Psychiatrie gibt, sondern auch in der innern M
ch will als Beispiel nur die Arteriosklerose anführen.
uch bei ihr ist evident, 1. daß in vielen Fällen eine be
che Heredität vorliegen kann, 2. daß bei luisch gewesen
urchweg manifeste Erscheinungen der Arteriosklerose früh
reten als bei nicht syphilitischen.[3])

Jedenfalls scheint es mir am einfachsten zu sein, die
prechenden Anschauungen betr. die Ätiologie der Paral
u erklären, daß wir annehmen, es existiert eine (klei
Gruppe, die auf vorhergegangene syphilitische Inf
urückzuführen ist, während der (größere?) Rest i
icher Weise, wie andere Psychosen, auf rein
ener Basis entsteht. Daß auch von letzteren ei
hrem früheren Leben Syphilis gehabt haben können, ist

[1]) Ohne Rückenmarksdegenerationen verlaufenden Fälle sind
elten.

[2]) Monatsschr. für Psych. XII, S. 419.

[3]) Vergl. *Edgren*. Die Arteriosklerose. Leipzig 1898.

Digitized by Google

dlich. Es würde sich in diesen Fällen um eine akziden
rscheinung handeln, der wir gerade so gut hier, wie be
dern Geisteskrankheiten, begegnen können.

enn wir also bei der Paralyse von vornherein einen Tei
lbständiges Krankheitsbild ausschalten, der au
gegangene luische Infektion zurückzuführen wäre
e es leicht verständlich, warum wir vorhin bei Berechnung
lichen Belastung (wo es sich um sämtliche Paralyse-Fälle
e) etwas geringere Werte gefunden haben, als bei der
Geisteskranken. Wenn wir annehmen, daß ein Teil vor
ls exogen auszuschalten ist, dann gleicht sich die Differenz
ahezu aus.

diese Auffassung der Paralyse richtig ist, die Entscheidung
r muß der Zukunft überlassen werden. Was ich aber au
meiner Ausführungen als praktische Sätze aufstellen zu
glaube, ist folgendes:

stens sind wir nicht berechtigt, aus der Tatsache
mand paralytisch ist, die Folgerung zu ziehen
er Betreffende früher syphilitisch gewesen sein
und ebensowenig dürfen wir uns der Hoffnung
en, daß wir imstande sein könnten das Auftreten
aralyse zu verhindern dadurch, daß wir in der
wären die syphilitische Ansteckung zu verhüten
veitens sind wir nicht mehr berechtigt zu sagen
ei sonst gleichen Wagschalen, das Vorhandensein einer
n erblichen Belastung gegen die Wahrscheinlich-
ner Paralyse spreche, und ebensowenig wird es
h sein den Standpunkt zu vertreten, daß die Nach-
enschaft der Paralytiker durch die Paralyse nur
rn belastet sein könne, als hereditäre Lues in
ht komme.

einem vor gar nicht langer Zeit abgegebenen Gutachten
Gericht ausgesagt worden, daß die Mutter des Angeklagten
rigens verurteilt wurde) an Paralyse gestorben sei, daß
ese Erkrankung als hereditär belastendes Moment nicht
cht komme. Dieser Standpunkt dürfte wohl durch-

Digitized by Google

Wie wir gesehen haben, spielt die erbliche Bel
in der Aszendenz der Paralytiker eine derartig
Rolle, daß von vornherein zu befürchten ist, daß s
auf die Deszendenten von nicht wesentlich geri
Einfluß sein wird, wie bei den übrigen Geistes
heiten.

Digitized by Google

er Psychosen nach Augenoperationen.[1])

Von

Michael Lapinsky, Professor der Universität zu Kiew.

---

meinem Kollegen Herrn Dr. *E. Neese* wurde ich am 1901 beim aus Tschernigow angereisten Provisor Herrn Konsultation hinzugezogen, da der Patient durch sein res Verhalten die Behandlung eines Ulcus der Cornea störte.

nt schlief in der Nacht nicht und war äußerst unruhig. Statt sich nung des Herrn Kollegen zu fügen und still im Bett zu liegen, ver- beständig aufzustehen, riß den Verband vom Auge, wollte aus dem avonlaufen usw.

der ersten gemeinsamen Untersuchung mit Dr. *Neese* war der Patient näßig ruhig. Er lag im Bett. Das Zimmer war durch einige an ern und vor dem Bett angebrachte Vorhänge mäßig verdunkelt.

Alter des Patienten beträgt annähernd 60 Jahre. Sein Ernährungs- t stark herabgesetzt. Der Wuchs und Körperbau des Patienten ist g.

nt sieht nichts. Das linke Auge des Patienten ist tief eingesunken, den Augenlidern dicht verschlossen und ist, wie es sich nachher te, atrophiert.

rechten Auge erweist sich die Cornea als vollständig trübe, und in rum befindet sich ein Ulcus vom Umfang eines Streichholzköpfchens. wird durch einen Kompressionsverband verdeckt. Die Sehkraft ist Auge nur in Form einer Lichtempfindlichkeit vorhanden.

Gesichtshaut des Patienten ist hyperämisch. Am ganzen übrigen nd sowohl die Haut, als auch die Schleimhäute von schmutzig- Färbung.

Haut läßt sich überall leicht in Falten emporheben. Die Lymph- d nirgends fühlbar. Ödem der Extremitäten besteht nicht.

---

n Abschnitt aus den Vorlesungen über „Ätiologie der Geisteskrank-

Digitized by Google

matt. Paralysen und Paresen sind nirgends bemerkbar. Die Fing
mäßig.

Die Sensibilität ist, soweit sich hierüber auf Grund von Na
urteilen läßt, nur infolge geschwächter Aufmerksamkeit herabgesetz
ist ein Unterschied zwischen der rechten und linken Seite nicht b

Alle Reflexe — sowohl die Haut- als auch die Sehnenreflexe d
und unteren Extremitäten und des Rumpfes — sind vorhanden.

Die Nervenstämme der Extremitäten sind bei Druck empfindli

Das Abdomen ist aufgetrieben und bei der Palpation empfind
Grenzen des Magens und der Leber weichen nicht von der Norm a

Das Gebiet der Leber ist schmerzhaft. Der Leberrand ist har
massen lassen sich nicht palpieren. Ein- bis zweimal täglich werd
flüssige, stinkende Exkremente entleert (zur Nacht nimmt Patient t
Abführmittel). Die Zunge ist trocken und dick belegt; starker foet
Der Harn ist trübe, konzentriert und reagiert sauer; spezifisches
desselben 1,024; Eiweißgehalt gegen $^1/_2$‰; hyaline Zylinder.

Die Untersuchung der Lungen ergibt das typische Bild von E
rhonchi sonori et sibillantes sind in unbedeutender Anzahl hör
Herz wird von den Lungen bedeckt. Die Herztöne sind dumpf. D
Ton über der Aorta ist stark akzentuiert. Puls 72—84, tardus
Die Arterien sind hart und rigid. Die Art. temporales sind stark ges
beide Art. brachiales federn in den Armbeugen stark. Die Tempe
Kopfes ist beim Anfühlen erhöht. Hände und Füße sind kalt. Di
temperatur schwankt, in der Axilla gemessen, im Lauf des Tages
36,5—37,0° C.

Nach der Aussage des am Krankenbett wachhabenden Felds
Patient in der Nacht gar nicht geschlafen. Am Abend hat er üb
gefühl im Kopf geklagt und beständig den Kopf mit den Händen um
Gegen Mitternacht geriet Patient in Aufregung, begann den Verb
Auge herunterzureißen, sprang vom Bett auf und schrie: „fort“ . . .
fort“ . . . „man ersticht mich“ . . . usw. Hierauf beruhigte er sich e
flüsterte unverständliche Worte vor sich hin. Hierauf schlug er w
den Armen um sich, horchte, sah sich um, versteckte sich mit
unter die Decke usw.

Mit Tagesanbruch beruhigte er sich etwas.

Von unserem Erscheinen an war Patient während der Unt
ruhig und führte unsere Anordnungen aus. Die wenig bewegliche M
die ruhige Lage des Patienten im Bett gaben uns das Recht anz
daß augenblicklich kein Erregungszustand bestehe.

Auf die Frage, wo er sich gegenwärtig befinde, antwortete P
Tschernigow“ (statt Kiew). „Was machen Sie?“ — „ich liege i
Bett“. Ort, Wochentag, Datum und Monat gibt Patient nach
Nachdenken falsch an. Die Stimmen der ihn umgebenden

diejenigen seiner Tochter und seines Schwiegersohnes, erkennt er behauptet, daß in der Nacht einige Postillone in sein Zimmer seien und hierauf Soldaten unziemende Gespräche geführt und hätten, hierauf hätten sie nach ihm mit verschiedenen Gegenständen hierbei hätten sie anfangs geschimpft und hätten ihn dann erschlagen w.

dieses habe ihn in Schrecken versetzt, da niemand in seiner Nähe ei.

die Frage, wie diese Leute gekleidet waren, bestätigt Patient, daß msmäntel und Uniformen angehabt hätten.

ben die Leute nach Schnaps gerochen?" „Ich weiß es nicht, nich nicht."

ben sie Ihnen etwas zu essen oder zu trinken gegeben?" „Nein!" llten die Leute Ihnen ein Leid antun? Erlaubten die Leute es sich, berühren? wurden Sie von ihnen geschlagen?" „Ich erinnere t."

ren Sie gegenwärtig Stimmen?" „Nein." „Sehen Sie?" „Nein." rum sehen Sie nichts?" „Mein Auge ist krank." „Woran ist Ihr rankt?" „An einem Ulcus der Hornhaut." „Wie lange schon?" r Woche . . . vielleicht auch länger . . . sechs Wochen lang schmerzt n wem werden sie behandelt?" „Von Dr. *Neese*." „Wo sind Sie In Tschernigow." „Aber Dr. *Neese* wohnt doch in Kiew, wo sind etzt?" „Ich bin nach Kiew gekommen und wohne im Hotel national." den Sie sich aber jetzt?" „Ich weiß nicht, bis gestern war ich im onal."

s haben Sie heute gegessen?" „Ich habe etwas Bitteres getrunken" „Was denn noch?" „Sonst hat man mir nichts gegeben" (richtig). mmerzt Ihr Auge?" „Nein." „Sehen Sie irgendwelche Lichtngen?" „Nein."

Schluß der Unterhaltung, die über eine halbe Stunde gedauert Patient zerstreut, antwortet sehr langsam, und die schwachen An- on Klarheit, die der Patient im Anfang des Gespräches mit den igte, gehen wieder verloren. Patient sieht sich unruhig um und nzelne Worte aus, halluziniert augenscheinlich.

nächsten Besuch beim Patienten, am folgenden Tage, stellte es us, daß er in der Nacht gar nicht geschlafen hat; er ist wieder gewesen, hat den Verband abgerissen, hat geschrieen und hat daß er von böswilligen Menschen umringt sei, gegen die er sich hat. Er konnte nur unter Beihilfe von zwei bis drei Personen im kgehalten werden. Mit Tagesanbruch ist er ruhiger geworden und ohne besondere Anstrengung im Bett zurückhalten. Speisen nimmt zu sich; zwangsweise werden ihm vier Glas Milch beigebracht. igen Ausleerungen sind nach wie vor stinkend und wenig

Digitized by Google

gehenden Tagen keine besonderen Veränderungen bemerkbar. temperatur 36,5—37,0°. Von seiten der Lunge keine neuen path Symptome. Die Zunge ist dick belegt. Stark fäulnisartiger foet Das Abdomen ist aufgetrieben und empfindlich. Ödeme sind handen. Die Extremitäten sind kalt. Der Puls ist hart. Stark auf dem Aortenton. Das Gesicht ist mäßig hyperämisch. Para Paresen sind nicht vorhanden.

Während der Untersuchung flüstert der Patient, horcht auf Bewegungen aus, die die Untersuchung stören. Er behauptet, „diese Musik schon überdrüssig ist . . . nur immer Märsche. Sie wo anständigeres spielen . . . Dafür ist es auch Hochzeit, damit es geht . . . Am Morgen hat der Offizierbursche vergiftete, bittere Sti gegeben . . . und dann haben sie mich gezwungen Lebertran zu Auf die Frage, „wo denn Musik gemacht wird", teilt Patient mit, Nachbar, ihm gegenüber, schon den dritten Tag seinen Namenstag ehrliche Leute haben keine Ruhe. (In Wirklichkeit ist keinerlei Musi

„Wessen Offiziersbursche war bei Ihnen?" „Kein Offiziersbu sondern ein Postillon aus der Rentei." (Beim Patienten wacht ein F

Patient bricht die Sätze ab. Seine Stimme ist rauh. Seine samkeit ist stark geschwächt. Fragen müssen an den Patienten Stimme gestellt und mehrfach wiederholt werden. Auf die Fragen er sehr langsam. Augenscheinlich bemüht er sich herauszubekomm sich befindet; er befühlt sein Kopfkissen, das Bett, die Wand, liegt, die Hand des ihn untersuchenden Arztes, von Zeit zu Zeit fa beiden Händen nach seinem Kopf, so als ob er seine Gedanken wollte.

Seine Stimmung ist gereizt, die ihn Umgebenden schimpft e gröbsten Ausdrücken, wobei es ungewiß ist, ob er die de facto An oder in seiner Phantasie bestehende Personen schimpft. Seine Epit entweder unpersönlich, oder er nennt gleichzeitig verschiedene Pers in seinem früheren Leben eine Rolle gespielt haben.

Am dritten Tage Status quo ante. Halluzinationen.

Patient erkennt die Stimmen der ihn umgebenden Personen unterscheidet keine spezifischen Gerüche — Pfeffermünze, Baldria er noch am Tage vorher konnte. Heiße und salzige Speisen, sowie empfindungen sind ihm unangenehm.

Auf die Frage: „Wo ist Ihre Tochter?" . . . (die Tochter ist a antwortete er anfangs „sie ist gestorben", dann „sie wirtschaftet".

Er glaubt, daß er bei seiner Schwester auf dem Lande ist.

„In der Nacht ist über seinem Kopfe viel getanzt worden . . . gelärmt worden." „In seinem Zimmer waren Wilde . . ., sie wollten Bett herunterziehen und ins Feuer werfen." Er erinnert sich nicht,

Digitized by Google

ist. Er kann Datum, Monat und Jahr nicht angeben.

Puls ist nach wie vor hart und verlangsamt. Starke Akzentuation tones.

dem Gasthause, in dem ein derartiger Patient nicht bleiben konnte, zeitweilig in die Privatklinik von Dr. *Neuschtube* übergeführt.

er weiteren Beobachtung im Verlauf einer Woche wurde konstatiert, ewußtsein noch mehr abnimmt. Der Erregungszustand dehnt sich auf die Tagesstunden aus. Patient gestikuliert und fuchtelt mit

.

Abend hin wird Patient ruhiger und spricht wenig. Augenscheinlich die Sinnestäuschungen, mit denen seine Aufmerksamkeit beschäftigt end auf kurze Zeit in Ruhe, werden in der Nacht aber wieder llen gegenüber verhält er sich feindselig. Er ist äußerst gereizt. Pfleger, der ihm das Essen oder die Medikamente reicht, versucht zu stoßen oder zu schlagen.

Frage „wo befinden Sie sich" muß mehrfach wiederholt werden, Antwort erfolgt: „zu Hause . . . im Gasthause." Monat, Datum und er gar nicht angeben.

end der Untersuchung flüstert er etwas oder schreit unzusammen- bald russische, bald polnische Worte; beständig versucht er auf- In seinen Bewegungen ist bald Neugier, bald Furcht, bald der ch zu verteidigen oder die Absicht sich zu verstecken erkennbar. rs- und Gesichtshalluzinationen herrschen vor. Ob außerdem noch luzinationen bestehen, läßt sich nicht konstatieren.

alluzinatorischen Bilder wechseln zeitweilig sehr schnell: er „fürchtet . . . da durch das Fenster beständig Feuerschein sichtbar ist" . . . raße gehen Feuerwehrleute mit grünen Rändern an den Mützen" . . . e wiehern beständig und schlagen aus" . . . „Der Polizeimeister einem Konterbaß und arretierte hierauf drei Mörder" . . . „In der aft . . . im Hause gegenüber konnte eine unglückliche Frau nicht nen, bis ein Geburtshelfer geholt wurde" . . . „Zwei Schornsteinfeger ganze Nacht hindurch Karten gespielt und dann stark miteinander . „Die Polizei kam in Schlitten an . . . stellte ein Protokoll zu- d schimpfte" . . . „Die ganze Nacht hindurch hat eine rote Drossel . . hierauf haben sie zwei mächtige Katzen verjagt" . . . „Eine von älter, die andere jünger" . . . „Die Milch ist nicht schmackhaft . . . Nebengeschmack . . . Giftgeruch ist in ihr nicht vorhanden." „Er Tür nicht finden, sonst wäre er entschieden von hier fortgelaufen." Kröte gefällt ihm gar nicht. Er begreift es nicht, wie der Portier reinlassen konnte" . . . „Die Medizin riecht nach Jod und Pfeffer- immt). „In der Nacht hat ihn mehreremal eine lange Schlange (vielleicht der Eindruck von der subkutanen Injektion von Hyoscin). omatische Sphäre verbleibt im status quo ante. Die Ausleerungen icher Weise stinkend. Wenige, flüssige Ausleerungen (innerlich

Digitized by Google

des Gesichtes; Paralysen und Paresen sind nicht vorhanden; die R
erhöht. Die Schmerzempfindung ist im gleichen Grade erhalten
wie bei der ersten Untersuchung, insoweit sich hierüber auf
Reaktion auf Nadelstiche urteilen läßt. —

Am zehnten Tage nach Auftreten der Psychose brachten die A
den Patienten nach Warschau.

Nach zwei Monaten, auf dem Rückwege nach Tschernigow
A-n wieder bei mir. Das Bewußtsein des Patienten war jetzt
klar; die Halluzinationen waren verschwunden; der Schlaf war
Patient erinnerte sich der überstandenen Psychose nur undeu
somatischen Erscheinungen und namentlich die Arteriosklerose bef
im status quo ante.

Die äußerst spärliche Anamnese, die nur mit Mühe aus den
der Angehörigen erhoben werden konnte, ergab, daß der Patient
Auge schon 12—15 Jahre vor den beschriebenen Ereignissen, in
ulzerativen Perforation der Cornea im Anschluß an Trachom, verl
Das rechte Auge war ebenfalls von einem trachomatösen Proze
der eine Verkürzung des Augenlides, starre Narben desselben
Verengerung des Tränenkanals hervorgerufen hatte. Diese Proze
auch die Ursache der wiederholten Exulzeration der Cornea des rec

Ende April 1901 kam Patient nach Kiew; zu dieser Zeit
einem Ulcus der Cornea und an einer Stenose des Tränenkanals
hatte die Heilung des Ulcus gute Fortschritte gemacht. Bald jedo
die Wunde größer zu werden, der Tränensack mußte ausgebrannt,
aufgeschnitten und mit dem Paquelinschen Apparat ausgebran
Allen diesen Maßnahmen zum Trotz vergrößerte sich das Ulcus in
Hufeisens und drohte die ganze Cornea zu zerstören. Bald darau
foration der vorderen Kammer ein.

In den letzten zwei bis drei Monaten klagte Herr A-n üb
Schwindelgefühl, kalte Extremitäten, Kopfschmerzen und ungenügen
der ihn nur wenig kräftigte. Außerdem wurde seine ohnehin s
Darmtätigkeit in letzter Zeit noch träger. Als Besitzer einer Apothe
Patient selbst seine Darmtätigkeit zu behandeln. Zu diesem Zwec
verschiedene Medikamente ein und brauchte dazwischen Antidiarrh
eines der Mittel zu stark wirkte und Diarrhoe hervorrief. Gleichze
er sich mit sehr fetten Speisen, aß sehr reichlich und brauchte
viel Marinaden und Gemüsekonserven. Während dieser medikamen
diätetischen Maßnahmen bemerkte Patient eine Verschlimmerung des
gefühls, sehr unangenehme und reichliche nächtliche Harnentleer
beständiges Kältegefühl in den Extremitäten. In dieser Zeit zeigte
die Exulzeration der Cornea, und der Patient eilte nach Kiew.

Während der Dampferfahrt nach Kiew aß Patient alles ohn
und klagte nachher über Leibschmerzen. In Kiew wurden ihm in

onsprozesses der Cornea, Abführmittel verschrieben. Die spärlichen, nkenden Ausleerungen begannen aber erst am fünften Tage seines in Kiew.

issigen Ausleerungen, die der angewandten Therapie des Augen- sprachen, wurden vom Patienten aus eigenem Antriebe dadurch daß er Beeren, Gefrorenes usw. aß.

Abends, etwa fünf Tage vor dem Auftreten der Psychose, ging zieren. Von Durst geplagt und stark ermüdet suchte Patient auf ege verschiedene Restaurationen auf, um auszuruhen und seinen illen, und ließ sich verschiedenes Backwerk und kalte Limonaden

f stellten sich Leibschmerzen ein, und gleichzeitig erregte der ß im Auge ernste Besorgnis. Der Patient wurde zu Bett gebracht, wurde verdunkelt, und auf das Auge wurden beständig Kompressen uckverband gelegt. Von diesem Zeitpunkt an entwickelten sich me der psychischen Erkrankung. Der Patient schlief schlecht, ts über verschiedene Erscheinungen, und endlich zeigten sich die nen, die im Status praesens beschrieben worden sind.

es hat der Patient nie gelitten. Alkoholische Getränke hat sich genommen. Patient raucht sehr mäßig. Er hat ein sehr s Leben geführt und viel gearbeitet. A-n hat einen verschlossenen an psychischen oder nervösen Erkrankungen hat er früher nie

besonders hervortretende Empfindlichkeit gegenüber Atropin und at A-n in den vorhergehenden Jahren nicht gezeigt. Diesesmal erwähnten Medikamente nur kurze Zeit angewandt und dann isin und Xeroform ersetzt.

eschriebene Psychose, die sich beim Patienten recht akut zum n seinem Leben entwickelt hatte, nahm einen günstigen Verlauf. wei Monaten stellte sich sein psychisches Wohlbefinden allmählich

rzen Zügen resümiert, bietet uns die angeführte Kranken- folgendes Bild:

schlecht genährte Greis leidet an drei chronischen Er- n. Erstens Arteriosklerosis, zweitens Verdauungsstörung, achomatöse Schrumpfung des Augenlides, die zu ulze- rozessen der Cornea prädisponiert . . . . . Hierzu n eine akut entstandene psychische Erkrankung in Form schen halluzinatorischen Irreseins.

s letztere tritt auf, nachdem der übermüdete, an Ver- örung leidende Patient, zum Zweck der Behandlung des

gebracht wird. Die Psychose beginnt mit Gesichts- und
halluzinationen, die den Patienten besonders nächtl
quälen. Gleichzeitig wird Patient unruhig; — er sp
gestikuliert, läuft usw. Am Tage wird sein Bewußtse
ersten Zeit klarer. Zeitweilig ist er sogar bemüht, sich
Umgebung Rechenschaft abzulegen. In den ersten Tagen
er richtig auf die ihm vorgelegten Fragen. Im weitere
der Krankheit verdecken die Halluzinationen und Illusi
ständig die Wirklichkeit; es tritt starkes Irresein auf u
wird für Unterhaltungen unzugänglich. Bestimmte halluzi
Ideen hat Patient nicht. Der Inhalt seiner Halluzina
sehr verschiedenartig und wechselt sehr schnell. Seine
stimmung ist furchtsam und gereizt. Die somatischen S
bestehen in der ersten Zeit der Psychose in Hyperämie des
kalten Extremitäten, flüssigen, stinkenden Ausleerungen,
haftem, aufgetriebenem Leibe, im Auftreten von Eiweiß
hartem Puls, mäßigem Tremor der Extremitäten, einer S
der Reflexe und in wenig veränderter Schmerzempfindu

Was die Psychose selbst anbetrifft, so müssen einige
Einzelheiten derselben hervorgehoben werden.

Der Zustand des Patienten muß als aufgeregt gelt
Aufregung zeigt sich darin, daß der schwache, ermatt
dem das ruhige Liegen im Bett erwünscht und angen
müßte, sich herumwälzt, gestikuliert, mit den Armen
schlägt, aufzustehen versucht, vom Bett aufspringt, sic
und sich versteckt.

Eine derartige Steigerung der Willensakte muß
Sinnestäuschungen in Verbindung gebracht werden.
wegungen sind nicht das Resultat eines Verlangens nach E
sondern nur die bewußte Reaktion auf Sinnestäusch
betreffenden Moment.

Da diese letzteren schnell wechseln, so zeigen, im
hiermit, die Bewegungen auch ein sehr unbeständiges
diesem Grunde verschwand auch — in der ersten Zeit
in der letzten Woche zum Abend hin — das Bedür
Bewegung. Die Bewegungen waren dagegen am stärkst

Digitized by Google

r den Sinnestäuschungen herrschen zweifellos Halluzi-
vor; am Vorhandensein von Illusionen kann gezweifelt
Es bestanden Halluzinationen des Gesichts und Gehörs.
rsten Zeit waren auch Halluzinationen des allgemeinen
ns vorhanden. Die Halluzinationen spielten sich sehr
b.

Perzeptionsfähigkeit war bei unserem Patienten nicht
g gestört; es kann jedoch mit absoluter Sicherheit an-
n werden, daß in der zweiten Krankheitswoche viele
indrücke nicht zum Bewußtsein des Patienten gelangten.
Aufmerksamkeit des Patienten war zeitweilig, besonders in
n Krankheitstagen, zweifellos vorhanden. Darin stimmen
rschansky (S. 353) vollständig überein, daß während einer
torischen Verwirrtheit dennoch bis zu einem gewissen
pperzeption möglich ist — ein Faktum, das von *Fritsch*
Konrad (S. 525) und *Mayser* (S. 124) bestritten wird.

Bewußtsein war bei unserem Patienten stark herabgesetzt,
chte es aber, gestellte Fragen zu beantworten, konnte
am sein und reagierte auf die Halluzinationen. Alles
ist darauf hin, daß das Bewußtsein des Patienten nicht
n Maße herabgesetzt war. Zu der Zahl der Ursachen
ßtseinsstörung muß der Umstand gerechnet werden, daß
ption durch Halluzinationen gestört wurde, die schnell
n und nicht folgerichtig waren. Was das Gedächtnis
so war es in den ersten Krankheitstagen gut erhalten, und
Beziehung bestätigt sich die Ansicht *Fürstner*s (S. 531)
g, daß das Gedächtnis bei Patienten mit halluzinatorischer
eit sogar vollständig normal bleibt. Im weitern Verlauf
übereinstimmend mit den Beobachtungen von *Krafft-*
87) und *Schönthal* (S. 652), ein Verlust des Gedächtnisses
der Bewußtseinsstörung des Patienten parallel verlief.
Stimmung unseres Patienten wechselte recht oft. Zeit-
r die Gemütsstimmung indifferent, was auch *Schüle* und
342) in ihrem Falle bemerkt haben. Am häufigsten
nt furchtsam.

Digitized by Google

der Untersuchung der Ursachen, die die Entstehung

die gleichzeitige Affektion des Auges unsere Aufme
richten.

Der Zusammenhang einer Psychose mit einer Augene
gilt teilweise für spezifisch, und es werden derartige
Störungen unter der Rubrik „Psychosen infolge vo
verletzungen“ angeführt, wobei eine derartige Bestim
genügend angesehen wird.

Als hauptsächlichste ätiologische Bedingungen gelten
Falle der Aufenthalt im Dunkeln und das Fehlen von
eindrücken; deswegen werden auch derartige Psychosen
zimmerdelirien“ genannt (vgl. *Weick* S. 33).

In unserem Falle waren diese Bedingungen vorha
zwar litt unser Patient an einem Augenleiden, es fehlte
Gesichtseindrücke, und er befand sich in einem dunkle

Aus diesen Gründen könnte man sich auch vollst
dieser klaren und allgemein anerkannten Definition zufrie
und die erwähnte Störung eine „postoperative Psycho
einer Augenverletzung“ nennen. Eine derartige Diagnos
aber bei eingehenderem Studium der Kasuistik der hierhe
den psychischen Erkrankungen als wenig verlockend.

Wenn man die diesbezüglich publizierten Krankeng
durchsieht, stößt man auf äußerst verschiedenartige

Dupuytren (1828) richtete als erster sein Augemerk darauf,
von ihm operierte Patienten sehr lustig waren, sich viel beweg
Schwatzhaftigkeit neigten. Gleichzeitig irrten sie sich in der Ort
bestimmung und erkannten die sie umgebenden Personen nicht.
Teil des Körpers dieser Patienten war zu dieser Zeit mit Schw
die Augen glänzten, und die Schmerzempfindung hörte vollständig
Erkrankungen nannte der Autor „nervösen Wahn“ und beobachte
selben tödlichen Ausgang.

Frankl-Hochwart behauptet, daß man hierbei vier Formen vo
unterscheiden kann, und zwar:

1. Halluzinatorische Verwirrtheit.
2. Senile Verwirrtheit.
3. Formen von Geistesstörungen bei Alkoholikern und
4. Inanitionspsychosen, die gewöhnlich letal verlaufen.

Fabian beschrieb eine transitorische Manie mit epileptische
Berry teilte einen Fall mit, der dem von *Fabian* beschri
analog war.

Digitized by Google

lt-Rimpler sah eine viertägige Psychose, in der Symptome von
t, Furcht und Halluzinationen vorherrschten.
und *Lanne* publizierten die Beschreibung einer Geistesstörung
en, die sie „nervösen Wahn“ nannten, und deren Besonderheiten
vermögen sich zu orientieren, in Verfolgungswahn und in dem
tanden, schneller nach Hause zu gelangen.
el spricht von akut entstandenen und schnell vergehenden Wahn-
einen Patienten.
hmer nennt diese Geistesstörungen transitorische Psychosen, geht
uf die Einzelheiten des klinischen Bildes ein.
nn beobachtete eine Dementia acuta mit protrahiertem Verlauf.
ah einen Anfall von maniakalischer Tobsucht.
nd *Bobone* erwähnen ein délire opératoire.
sah Wahnvorstellungen bei einem seiner Patienten, dem es immer
sein Auge wiederhergestellt sei.
er und *Warlomont* beobachteten bei ihren Patienten eine ungewöhn-
ung, so daß sie sich gezwungen sahen, die Zwangsjacke anzu-

Magne, Gorezki, Véné, Valude, Santos-Fernandez, Simi und *Rau*
Psychose der von ihnen Operierten „nervösen Wahn“.
berg gibt an, daß sein Patient an Säuferwahnsinn litt.
witsch beschreibt eine akute Manie bei einem seiner Patienten.
wsky sah in einem analogen Fall grauenerregende Wahnvorstel-

er behauptet, daß sein Patient unter klinischen Erscheinungen
ntia zugrunde ging. Sie äußerte sich darin, daß der Patient
Gedächtnisschwäche zeigte und beständig den Verband abriß.
r sah unter denselben Bedingungen einen Anfall von Melancholie
verbunden.
eobachtete ein zeitweiliges Irresein.
r und *Cambel* beobachteten Wahnvorstellungen bei ihren Patienten.
sah einen Erregungszustand wie bei senilem Schwachsinn.
get sah Wahnvorstellungen, Irresein und verschiedene Wahnideen.
and der Patienten, der sich nach überstandener Operation ent-
nnt er „Traumwahn“.
beobachtete bei drei Patienten halluzinatorisches Irresein. Dasselbe

die Erkrankungen des Auges selbst anbetrifft, so kon-
lie Autoren, die der Verletzung des Auges in der Ätio-
psychischen Erkrankungen eine so große Bedeutung
bisher noch nicht, welcher Teil des Augapfels in einem

Digitized by Google

seine Verletzung am gefährlichsten für die psychisch
heit ist.

Beim Patienten von *Dupuytren* trat die Psychose nach ei
tese der Cornea ein.

Der von *Griesinger* erwähnte Patient (von *Herzog* operie
an einer Geistesstörung nach einer Transplantation der Sehn
recti zur Korrektur des Schielens.

Santos-Fernandez, *Rau*, *Guende*, *de Wecker*, *Valude*, *Löw*
Cambel, *Magne*, *Schnabel*, *Kretschmer*, *Marlier*, *Landsberg*, *Elsch*
Hochwart, *Lanne*, *Warlomont*, *Gorecki*, *Lunkewitsch*, *Ryndow*
und *Weick* beobachteten eine Geistesstörung nach Kataraktoper

Schmidt-Rimpler sah Geistesstörung bei syphilitischer Ir
Iridochoroiditis.

Geistesstörung nach einer Iridektomie bei Glaukom beobacht
berg, *Frankl-Hochwart* (11,27 Fälle), *Webster* und *Valude*.

Elschnig beobachtete eine psychische Erkrankung nach E
eines Corneaulcus.

Webster sah eine psychische Störung bei Panophthalmitis.

Über Geistesstörungen nach Enucleatio bulbi berichten *I*
wart (5,29 der Fälle) und *Truelle*.

Fabian beobachtete eine Geistesstörung bei einem Arbeite
Verwundung des Auges durch einen Eisensplitter, der die Cor
perforiert hatte, daß durch die klaffende Wunde die Iris vorgefa

Simi sah bei zwei Patienten Delirien, die sich nach einer
der Cornea entwickelt hatten.

Szumann beschrieb eine Geistesstörung bei einem Patient
der Bulbus oculi perforiert werden mußte, nachdem ein ins Au
„Etwas" eine Reizung des Augapfels hervorgerufen hatte.

Poncets Patient litt an „nervösem Wahn", nachdem er s
folge eines Traumas eingebüßt hatte.

Es haben also verschiedene Augenerkrankungen
Entfernung des ganzen Augapfels erfordern, oder auc
kungen einzelner Teile des Augapfels oder des oculom
Muskelapparates eine Geisteserkrankung zur Folge.

Einige Autoren sind bemüht, die Bedeutung der
rationen in der Ätiologie der hierbei entstehenden p
Störungen genauer zu erklären.

Kräpelin schreibt den Lichtempfindungen ei
Rolle zu, die den Operierten fehlen, da sie sich in eine

gleichartige Ansicht sprechen *de Wecker*, *Landolt*, *Schnabel*, *tais*, *Krafft-Ebing*, *Hirschberg*, *Parinaud*, *Truelle*, *Weick* und

r, *Santos-Fernandez* und *Hirschberg* glauben hieran fest, da in sofort Heilung der Psychose eintrat, nachdem der Verband vom t worden war.

ist auch der Ansicht, daß die Ursache für die Wahnideen in gen verdeckenden Verbande zu suchen ist. Die hierdurch entnkelheit veranlaßt, nach der Ansicht des Autors, den Patienten lafen, und der Schlaf begünstigt Wahnideen.

'ehlen von Licht und von Gesichtseindrücken messen *Schmidt*l *Frankl-Hochwart* im Sinne eines ätiologischen Momentes der e wichtige Bedeutung zu.

Erklärungen erwecken jedoch starke Zweifel an ihrer

Licht fehlt in den Zimmern, in denen sich derartige aufhalten, durchaus nicht absolut, und von einer totalen in der man in der Tat nichts unterscheiden kann, en diesbezüglichen Krankengeschichten auch gar nicht

.

tient von *Schmidt-Rimpler* z. B. wurde nicht in einem absolut ndern in einem halbverdunkelten Zimmer untergebracht, in dem größere Gegenstände unterscheiden konnte.

krankung seines Patienten erklärt *Fabian* durch den Einfluß des von Dunkelheit und hellem Tageslicht. Im dunkeln Zimmer jesein Patient gar nicht gehalten, und es fehlten ihm daher weder Gesichtseindrücke. Was den Patienten von *Szumann* anbetrifft, nicht erwähnt, daß er sich in einem dunkeln Zimmer aufhielt. nn von einigen Fällen *Hirschbergs*, *Schnabels*, *Poncets*, *Seitz'* und sagt werden, in denen die Verdunkelung nur kurze Zeit dauerte genügend Licht vorhanden war, so daß der Patient sich in der ollständig orientieren konnte.

e Autoren wieder schreiben die Psychosen außer dem n Licht- und Gesichtseindrücken auch noch anderen Ursachen zu.

Ebing, *Véné*, *Truelle* und *Rau* behaupten, daß derartige Patienich erblich belastet sind, unentwickelt sind oder zur Zahl der Hysterischen gehören.

ud, *Simi*, *Cambell*, *Wecker*, *Arlt*, *Schnabel* und *Landsberg* schreirst und Erregung eine bedeutende Rolle zu, die ja sehr schwer

Digitized by Google

Michel ist der Ansicht, daß ein schlechter Ernähru
und Marasmus der Patienten die Entwicklung der Psychose be

Truelle, Fernandez, Motais, Becker, Fuchs, de Wecker Sichel und *Calveron* sehen den Hauptgrund für die Geistesstör holmißbrauch.

Dufour, de Wecker et *Landolt, Schnabel, Truelle* und *Fern* als Ursachen für die Entwicklung der Psychosen die Isolation ihre Unbeweglichkeit, die Verringerung der Nahrung u

De Wecker et *Landolt, Lunkewitsch, Ryndowsky, Truelle* u sind eher der Ansicht, daß die Atropinvergiftung für die Er Psychosen von großer Wichtigkeit sei.

Schnabel macht die Zirkulationsstörung des Blutes Gehirn für das Entstehen der Psychose verantwortlich.

Motais ist geneigt, dem Zucker eine gewisse Bedeutung der bei vielen mit Katarakt behafteten Individuen im Blut be

Fromaget erklärt in seinen Fällen die Psychose durch ur scheinungen.

Wir haben also einerseits mit einer großen Vielfa Psychosen, die nach Augenoperationen enstehen, zu tu dererseits ist es unmöglich irgend eine Abhängigkei von einer Erkrankung einzelner Teile des Auges zu k In den Aufzählungen der hauptsächlichsten ätiologische die die Psychose begünstigen, finden wir außer der H — der Verdunkelung des Zimmers — auch noch v nebensächliche Momente, und zwar führt jeder Autor Falle spezifische Schädlichkeiten an, die die Schwere ursache der Psychose noch verstärkt haben. Das Hau jedoch zugunsten der ätiologischen Abhängigkeit de von der Augenerkrankung scheint nur die Aufeinand Ereignisse zu sein; und nur deswegen wird in den be Fällen die betreffende Psychose dem Augenleiden zug weil das unmittelbar vorhergehende Ereignis die Auge war. Nur diese Aufeinanderfolge der Fakta dient d als hauptsächlicher Stützpunkt in ihrem Bemühen, d der Psychose durch die Erkrankung des Auges zu erk

Durch die vorhandenen Beobachtungen ist es j bei weitem nicht bewiesen, daß Augenoperationen oder gen des Auges einen so bedeutenden traumatischen Ef

Digitized by Google

der hier irgendeinen reflektorischen Einfluß der Schmerz-
gen vermutet, deren Quelle die Verletzung der Augen-
t. Eine derartige ätiologische Abhängigkeit zwischen
erkrankung und der entstehenden Psychose könnte in
anerkannt werden, wenn es sicher festgestellt wäre,
von den vielen Augennerven hierbei beschädigt wer-

Einfluß einer Augenoperation auf das Entstehen einer
rung würde klar auf der Hand liegen, wenn das bei
ologischen Moment entstehende psychische Leiden immer
und in allen Fällen gleichförmig wäre, oder unter ein
elben Symptomen auftreten würde. Diesem wider-
jedoch die vorhandenen Beobachtungen vollständig.
soeben darauf hingewiesen haben, besteht keinerlei
keitsverhältnis zwischen der Art der Operation, der
der Verletzung des Auges, der Stelle der letzteren und
henden Psychose. Andererseits beeinträchtigt die Ver-
eit der psychischen Formen, die hierbei auftreten, die
ng der Annahme, daß die Augenverletzung einen beson-
fluß auf das geistige Wohlbefinden des Patienten aus-
.

Verteidiger des spezifischen Einflusses der Augenver-
auf die Ätiologie der Geisteserkrankungen machen,
sie es augenscheinlich selbst merken, einige Bemer-
ie ihre Behauptungen in bedeutendem Maße abschwä-
ter anderem charakterisiert ein Teil der Autoren ihre
als erblich belastet, prädisponiert zu nervösen Erkran-
er schreibt denselben Neigung zu Alkoholmißbrauch zu
abian, Schmidt-Rimpler, Frankl-Hochwart u. a.).
e, Kräpelin, Krafft-Ebing und *Fuchs* sehen eine neben-
Ursache der Psychose in der Erschöpfung des Organis-
er Patienten, in der ungenügenden Ernährung der-
.

diesen Bemerkungen kann jedoch gefolgert werden, daß
tion in diesen Fällen nur ein zufälliges Moment bei

Erkrankungen die Psychose nicht hätte hervorrufen kö

Engelhardt teilt alle Fälle von Psychosen, die Operation entstehen, in zwei Gruppen. Zur ersten Gru net er die psychischen Erkrankungen von Individuen der Operation in dieser Beziehung vollständig gesund sind; zur zweiten Gruppe gehören seiner Klassifika psychische Störungen bei Individuen, die schon früher ein erkrankung überstanden haben.

Was die erste Kategorie von Patienten anbetrifft, Psychose, nach der Ansicht des Autors, durch eine In oder durch Aufregung bedingt worden.

Piqué spricht analoge Ansichten aus. Er behau postoperative Psychosen durch verschiedenartige Into hervorgerufen werden; zuweilen ist hier der Alkohol einem andern Fall das Chloroform oder Jodoform, en die psychische Störung nicht selten durch Septikämie bedi die Operation an und für sich die Chancen für das einer psychischen Erkrankung nicht vergrößert, dav sich der Autor überzeugen, indem er einen Geisteskra rierte, dessen Geistesstörung nach einer eitrigen Entzü Kniegelenkes entstanden war. Nachdem er diese Extre putiert hatte, die ja einen toxischen Herd darstellte, h das Vergnügen, gleichzeitig auch die Beseitigung der Ps Patienten durch diesen Eingriff zu beobachten.

Es würde vielleicht die Bedeutung eines opera griffes oder einer gewissen Verletzung immer in einem anderen Lichte erscheinen, wenn diese Frage genauer werden würde. Dabei würde sich vielleicht herausst beim Patienten schon vor der Operation eine Geistese bestanden hat, und daß die Operation keine weitere gehabt hat und nur zeitlich mit der Erkrankung gefallen ist.

Pick z. B. beschreibt die Erkrankung einer 37jährigen P infolge einer Geisteserkrankung, die während einer operativen eines Kataraktes entstanden war, in der Irrenanstalt untergeb Unter anderem schreibt *Pick* folgendes: „Nachdem mehrmals Dis

Tage nach dieser letzteren, eben zur Zeit der Menses, ein durch
Wochen andauernder Zustand von Aufregung und Verwirrtheit auf,
Patientin in die Irrenanstalt abgegeben wurde. Dort konnten
Erscheinungen der anfallsweise auftretenden Verwirrtheitszustände
che Krämpfe in den oberen Extremitäten beobachtet werden." Die
ergab, daß die Patientin schon früher an Tetanie gelitten und
mmer als etwas närrisch gegolten habe.
de behauptet, daß in einigen Fällen die Operierten bereits früher
en, und daß nur deswegen die geringfügige chirurgische Maßnahme
onen nach sich gezogen habe.
inem annähernd gleichen Resultat gelangte auch *Hartmann* in
rtrage in der chirurgischen Gesellschaft: „Über postoperative Psy-
gynäkologischen Patientinnen." Eine gleiche Bedeutung können
ugenoperationen haben.

Grund dieser Überlegungen erlauben wir es uns, die An-
szusprechen, daß die nach Augenoperationen oder Augen-
gen beobachteten Psychosen nur relativ von ihnen ab-
ind. Die Operation war vielleicht der letzte Moment,
ig mit dem Beginn der betreffenden psychischen Erkran-
ammengefallen war.

erhöhte Prädisposition für eine Geisteserkrankung, die das
e Individuum in sich trug, war genügend, um dieselbe
ufen, und es bedurfte nur eines geringfügigen Traumas,
ychose zum Ausbruch kommen zu lassen. Das psychische
el also nur zufällig zeitlich mit der Augenerkrankung
n und hatte seine eigenen, selbständigen Ursachen.

besitzen unter anderem eine klinische Beobachtung
die teilweise unsere Ansicht bestätigt. Der zitierte
schreibt die Erkrankung einer 68jährigen Greisin mit
tandenem Katarakt auf beiden Augen, bei der noch vor
tion Schlaflosigkeit, nächtliche Beängstigungen, Gesichts-
ionen und ein unangenehmes Gefühl von Geschaukelt-
n Bett (Schwindel) auftrat. In dieser Krankheitsperiode
n linken Auge die Kataraktoperation ausgeführt. Die
ei Nächte nach der Operation war die Patientin ruhig;
itten Nacht traten die früheren Halluzinationen wieder
blieben einige Tage hindurch stationär. Mit der Wieder-
g der Sehkraft jedoch (nur im einen, operierten Auge),

Digitized by Google

befinden ein.

Ohne die Ursache der wunderbaren Heilung der die der Autor ausschließlich der Entfernung des Kata schreibt, in diesem Falle genauer zu untersuchen, lenke Aufmerksamkeit darauf hin, daß die Psychose schon Operation entstanden war und sofort nach der operat letzung des Auges verschwand. Wenn die Operation Wochen früher ausgeführt worden wäre, dann wären wa lich die ersten Symptome der Psychose in die Zeit d liegens und des Aufenthalts der Patientin im dunkeln gefallen, und der Autor hätte die ganze Schuld an dem der Psychose der Operation zugeschrieben, statt ders Heilung der Psychose zuzumessen.

Sulzer beobachtete bei einer 92jährigen Patientin chose, die sich nach einer Kataraktextraktion entwickelte aufhörte, als der Arzt ein Wiedersehen der Patientin Tochter bewerkstelligt hatte. Diese Beobachtung zeigt Psychose weder durch die Kataraktoperation noch Folgen derselben — Fehlen des Lichtes, Verringerung nährung, Zubettliegen usw. — bedingt worden war, da nach wie vor weiterbestanden.

Viele Autoren schreiben der Augenoperation nur ei tätigen Einfluß auf das psychische Gleichgewicht des zu. Aus den Beobachtungen derselben würde hervorg die Augenoperation keinen so schlechten Einfluß haben er derselben von anderen Autoren zugeschrieben wird z. B. führt drei Krankengeschichten an, aus denen ersic daß die Geisteserkrankung in Form von halluzinatoris sein, zirkulärer Geisteserkrankung, ja sogar senilem sinn mit akuter Melancholie nach Kataraktoperation ve

Moulton beschreibt die Heilung einer Melancholie Enukleation des Augapfels.

Der Erfolg *Moultons* u. a. garantierte jedoch kei sicheres Gelingen. *Desvaus*, der eine psychisch Kran Katarakt in dieser Weise operierte, konnte die Psychose hierdurch nicht beseitigen.

Digitized by Google

ungswert der Augenoperation für die Psychose näher zu
n, jedenfalls gefolgert werden, daß die Augenoperationen
keine so starke ätiologische Bedeutung haben, wie sie
geschrieben wird.

er zeichnen sich die Krankengeschichten, die Beschrei-
von Psychosen bei Augenleiden enthalten, mit wenigen
en zu sehr durch Unvollständigkeit aus, als daß auf
erselben in jedem einzelnen Fall die Frage über die Be-
des operativen Eingriffes für die Entstehung der Psychose
wäre.

llen Fällen ist die Beschreibung der Untersuchung der
nen Sphäre sehr kurz oder fehlt auch vollständig. Mit
Ausnahmen fehlt eine Angabe über die Untersuchung
nes. Sehr häufig findet das Blutgefäßsystem und die
des Verdauungskanales keine Beachtung. Das Nerven-
st oft gar nicht untersucht worden. Eine Anamnese
weder ganz, oder es fehlen in derselben Hinweise auf
ngehenden psychischen Gesundheitszustand, auf Prädis-
für Geisteserkrankungen, auf Ereignisse, die unmittelbar
ation vorangingen, und auf Veränderungen der Geistes-
s Patienten in der Periode vor der Operation.

noch ist es trotz der Unzulänglichkeit der Untersuchung
bei der Mehrzahl der Patienten Arteriosklerose bestand.
t aus den Hinweisen auf das hohe Alter der Patienten
Aufzeichnungen in der Anamnese über Alkoholmißbrauch
rstandene Lues ersichtlich.

Alter der Patienten von *Schnabel* schwankte zwischen 60 und
Das Alter der Patienten *Hirschbergs* betrug 63, 67, 70 und
Von den 31 Patienten *Frankl-Hochwarts* standen 24 im Alter von
ren. Von den zwei Patienten *Sichels* war der eine 70 und der
Jahre alt. *Lannes* zwei Patienten standen im Alter von 72 und
Der Patient *Warlomonts* war 67 Jahre alt. *Schmidt-Rimpler* be-
as Alter seiner Patienten mit 76, 57 und 49 Jahren.
lowsky beschreibt die Erkrankung eines 70jährigen Greises.
lsbergs Patienten waren 57, 60 und 65 Jahre alt.
Alter der Patienten *Beckers* betrug 67, 69 und 81 Jahre.
ter beschreibt die Erkrankung eines 67jährigen Bauers. *Valude*
eine Psychose bei einer 65jährigen Frau. *Marlier* berichtet über

Digitized by Google

Jahren.

*Sulzer*s Patientin war 93 Jahre alt.

Die Patientin *Löwy*s stand im Alter von 78 Jahren.

Fromaget bezeichnet das Alter seiner Patienten mit 93 und 7

Das Alter der Patienten von *Weick* betrug 74, 73 und 55 Ja

Sichel behauptet kategorisch, daß derartige Geisteserkranku Augenverletzungen nicht vor dem 60. Lebensjahr beobachtet werden

Diesem hohen Alter der Patienten und der hiermit verbu Gefäßdegeneration muß eine hervorragende Bedeutung zugesc werden.

In der Literatur finden sich Hinweise darauf, daß bei eine akute psychische Störung genau in derselben Form, nach Augenoperationen und Kataraktextraktionen beobacht auch nach Operationen an anderen Körperteilen vorkomm

Eine vorzügliche, äußerst genaue Krankengeschichte führt z. B. an. Sein 60jähriger Patient sollte sich einer kleinen Operation un und zwar einer Unterbindung der A. brachialis in der Axilla, indizi eine aneurysmatische Erweiterung derselben. Eine besondere Aufreg Furcht vor der Operation verspürte Patient nicht, gegen die chi Behandlung protestierte er nicht im geringsten, sondern freute sich i teil darüber, auf so schnelle und radikale Weise sein Leiden losz Am achten Tage der Nachoperationsperiode, die nicht ganz befriedi lief, zeigten sich beim Patienten plötzlich Schlaflosigkeit, Unruhe, Ge Gesichtshalluzinationen, Verwirrtheit, Furcht und andere Symptome als typische Erscheinungen von Psychosen nach einer Augenopera Augenverletzung beschrieben werden.

Der Patient genas erst vollständig acht Monate nach der O Die Wunde heilte bereits am Ende der dritten Woche nach der O

Diese Beobachtung zeigt, daß die postoperative Psyc betreffenden Falle, obgleich vollständig einer Psychose na Augenoperation ähnlich, bei einem Patienten entstanden v sehen konnte, sich nicht in einem dunkeln Zimmer befa nicht aufregte und die Operation nicht fürchtete, welch ständen ja die einzelnen Autoren eine große Bedeutu schreiben. Dagegen besteht hier eine Gefäßerkrankung.

Digitized by Google

gen infolge von Arteriosklerose ist schon seit langer Zeit esen worden.

stner beobachtete bei Greisen, **die an Arteriosklerose litten**, Psy- Form von halluzinatorischer Verwirrtheit, die den Psychosen nach rationen sehr ähnlich waren. In Form von Prodromalsymptomen derartige Patienten Kopfschmerzen, Druckgefühl im Kopf, Schwindel n an profusen Schweißausbrüchen. Hierzu gesellt sich Obstipation, gkeit, Gereiztheit und weinerliche Stimmung. Nach diesen unbe- Störungen geraten derartige Individuen in einen Erregungszustand; n von Halluzinationen befallen; sie sind dann vollständig verwirrt en sich weder in bezug auf Ort und Zeit noch in ihrer Umgebung n. Außer durch die Halluzinationen wird die Verwirrtheit noch lreiche Illusionen begünstigt. Die hierbei entstehende Erregung motorischen Sphäre ausgesprochen und besteht in einem Verlangen nd aufzustehen, aufzuspringen, mit den Fäusten an den Kopf zu usw. Ein derartiger halluzinatorischer und verwirrter Zustand kann a sogar Monate lang anhalten und dann erst tritt allmählig eine g des Bewußtseins ein.

pen teilt einige Fälle mit, von denen der Patient *Vandrots* (Nr. 89) nders typisch ist; es handelt sich hier um einen 59jährigen Schneider osklerose und Eiweiß im Harn. Nachdem der Patient wegen der n Schwellung der Beine in die Klinik für innere Krankheiten auf- war und hier einige Tage sich vollständig ruhig verhalten hatte, plötzlich in Erregung, fürchtete alles und versuchte zu fliehen. urde er in die psychiatrische Abteilung übergeführt, wo er nachts hts- und Gehörshalluzinationen verfolgt wurde. Tagsüber beruhigte ein Bewußtsein blieb aber schwer gestört, nur zeitweilig konnte er n über seine Umgebung richtige Antworten geben.

pen hält diesen Zustand für ein Delirium und ist der Ansicht, daß he dafür teilweise in einer Degeneration der Gefäße und teilweise en von Eiweiß im Harn gesucht werden muß. *Köppen* hält die ng der Halluzinationen in der Nacht, die Beruhigung am Tage und ise Aufhellung des Bewußtseins, wenn auch nur für kurze Zeit, im Beginn der Erkrankung, wobei sich der Patient wenigstens zeit- entieren konnte, für die betreffende Erkrankung charakteristisch.

erle fand, daß Greise, selbst ohne Vorhandensein von starker erose, zeitweilig eine psychische Störung erleiden können, die äußerst eht und sich in einer halluzinatorischen Verwirrtheit äußert. Der t hierin nur ein Zeichen oder die Folge der senilen Involution des s.

idt ist der Ansicht, daß der Beginn dieser Involution des Organis- s 55. bis 65. Lebensjahr verlegt werden muß. Für die unmittel-

Veränderungen der Gefäße.

Voisin, *Binswanger* und in letzter Zeit *Ritti* beobachteten sklerotischen Greisen Anfälle von halluzinatorischer Verwirrtheit, fällen von halluzinatorischer Verwirrtheit nach Operationen am ständig ähnlich waren.

In neuester Zeit beobachtete *Orthmann* psychische Erkrankungen sklerotischer Grundlage sogar bei jungen Leuten im Alter von 20 bis In seinen Fällen zeichnete sich die Entwicklung der Geisteserk durch folgende Besonderheiten aus. Die Patienten verspürten in wissen Lebensperiode Kopfschmerzen, Schweregefühl im Kopf, Schwindel, Druckgefühl in der Herzgegend, Herzklopfen, Kälte- gefühl in den Extremitäten. Diese unschuldige Erkrankungsform wu plötzlich von einer halluzinatorischen Verwirrtheit, Erregung und An abgelöst. Die Patienten halluzinierten, tobten, konnten nicht im liefen schreiend im Zimmer umher, schlugen mit den Fäusten gegen rissen sich Haare aus, verteidigten sich gegen die Personen, die sie wollten, flohen irgendwohin, verletzten sich, führten zuweilen Selb suche aus usw.

Das Bewußtsein derartiger Patienten ist in dieser Zeit im höch verwirrt. Sie können sich durchaus nicht orientieren. Ihr Gesicht ämisch und mit klebrigem Schweiß bedeckt. Der Puls steigt bis auf in der Minute. Ein derartiger Zustand kann in Form eines kurz auftreten. Die Erinnerung an einen derartigen Anfall ist äuße Intelligente Patienten können sich jedoch Rechenschaft davon ab sie gefühlt haben. Sie erwähnen schreckliche Halluzinationen, und gleichzeitig auftretende Schmerzen in der Herzgegend. Zuwei holen sich derartige Anfälle, und dann zeichnet sich die halluzinato wirrtheit durch einen langwierigen Verlauf aus.

Greppin beobachtete häufig bei Greisen mit Arteriosklerose un Geistesstörungen auch halluzinatorische Verwirrtheit. Diese Erkra wickelte sich bei ihnen ebenso wie andere Geistesstörungen zu Grund von zufälligen Intoxikationen, die für das Auftreten der Psychose in einem solchen Falle den letzten Anstoß gab.

Die angeführten Beobachtungen der zitierten Autoren es, einige allgemeine Schlußfolgerungen zu ziehen

Wir sehen erstens, daß die Ätiologie der „Psychos einer Augenoperation“ nur auf Grund der Aufeinande Ereignisse konstatiert wurde. In vielen Fällen muß die Entstehung der Psychose unter derartigen Ver als ein zufälliges Zusammentreffen vorstellen, d nähere Beziehung zur Operation hat.

Digitized by Google

der zitierten Literatur ist ferner ersichtlich, daß psy-
Erkrankungen bei Augenoperationen hauptsäch-
Greisen vorkommen.
tens werden analoge Psychosen bei Greisen und über-
i Leuten beschrieben, die an Arteriosklerose leiden,
psychische Störung bei denselben ohne jede Operation
icklung kommt.
rtens zeigen glaubwürdige Beobachtungen, daß Greise
denen Intoxikationen leicht unterliegen, die
nd für das Entstehen einer Psychose abgeben

Gesamtheit dieser Schlußfolgerungen ergibt, daß die
en, die nach Augenoperationen entstehen, durch-
t spezifisch sind und speziell zu der Kategorie
hosen gehören, die sich mit Vorliebe bei Greisen
gesprochener Arteriosklerose entwickeln.
der von mir beschriebene Patient in hohem Alter stand,
Gefäßsystem atheromatöse Degeneration aufwies, außer-
eiß im Harn gefunden wurde, und da gleichzeitig der
al eine Erkrankung aufwies, hatten wir das Recht, an-
, daß hier günstige Bedingungen für eine Autointoxika-
gen. Infolgedessen betrachten wir die psychische Er-
unseres Patienten als halluzinatorische Verwirrtheit
isenalters toxischen Ursprunges und nicht als
ratives Irresein oder als Dunkelzimmerdelirium.
der Zahl der toxischen Medikamente, die durch das
us in den Organismus eindrangen, schließen wir den
es Jodoforms vollständig aus, da nur minimale Dosen
ndung kamen und das Jodoform sehr bald durch Xero-
tzt wurde.
der Wirkung des Atropins kann hier kein Einfluß zu-
en werden, da letzteres ebenfalls nur in kleinen Dosen
e Zeit hindurch abwechselnd mit anderen Mitteln ange-
d dann vollständig durch Duboisin ersetzt wurde.

Digitized by Google

Alzheimer, Beitrag zur patholog. Anatomie der Seelenstörung de
alters. Neurol. Zentralbl. 1899.
Arlt, Handbuch der gesamten Augenheilkunde. *Graefe-Saemisch*, 18
III. Bd., 1. T.
Becker, Zwanzig Jahre klinischer Tätigkeit an der Universitäts-A
Heidelberg 1888.
Berry siehe *Löwy*.
Beyer, Zur Pathologie der akuten halluzinatorischen Verworrenheit
Psychiatrie, XXVII, 233.
Binswanger siehe *Ritti*.
Calveron siehe *Fromaget*.
Croom, Psychoses following pelviabdominal operations. Eding. Me
1901, IX, 205.
Décés siehe *Marlier*.
Desvaus siehe *Weick*.
Dupuytren, Clinique chirurgicale, 1828, I, 55.
Elschnig, Geistesstörung nach Augenoperationen. Wiener med. Blä
Engelhardt, Zur Lehre der postoperativen Seelenstörungen. Deutsch
f. Chirurgie, Bd. LVIII, S. 48, 1901.
Esquirol, Des maladies mentales. Paris 1838.
Fabian, Ein Fall von Psychose nach Augenverletzung. Disser
berg 1893.
Fenayrou, Relation d'un cas de confusion mentale postopératoire.
Neurol. 1899.
Frankl-Hochwart, Über Psychosen nach Augenoperationen. Jah
Psychiatrie, IX, 1890.
Fritsch, Verwirrtheit. Jahrbücher f. Psychiatrie, Bd. II, 1881.
Fromaget, Les délires postopératoires en Ophthalmologie. Annale
stique, Vol. 123, pga. 183.
Fuchs, Lehrbuch d. Augenheilkunde, 1897.
Fürstner, Über die Geistesstörungen des Senium. Arch. f. Psych.
Griesinger, Pathologie der psychischen Krankheiten, 1871.
Greppin, Über senile Psychosen. Korrespondenzblatt für Schw
Ärzte, 1898.
Gorezki siehe *Fromaget*.
Guende, Recueil d'ophthalmologie, 1899.
Gutsch, Über Seelenstörungen in Einzelhaft. All. Zeitschr. f. Psychi
Hartmann, Les psychoses postopératoires. Progrés médic. 1898.
Hirschberg, Delirium nach Glaukomiridektomie. Oculistisches
1884.
Hirschberg, Berliner klinische Wochenschrift, 1876. Heft II.
Digitized by Google

Über deliriumartige Zustände bei Arteriosklerose. Arch. f. Psych. 882.
r, Vorübergehende Psychose nach Kataraktextraktion. Zentralbl. f. genheilkunde, 1887.
délire consecutif à l'opération de la cataracte. Gazette des Hôpitaux, 3, Nr. 57.
, Transitorische Psychose nach Augenoperation. Zentralbl. f. Augenkunde, 1885.
eistesstörung nach Kataraktexstirpation. Allg. Zeitschr. f. Psych., 6, S. 166.
ch, Manie nach Kataraktoperation. Jahresbericht f. Ophthalmologie, 7.
lletin de thérapie, 1863, 463.
élire consécutif à l'opération de la cataracte. Virchows Jahresicht, 1863.
a folie postopératoire. Thése de Paris, 1897.
Annales d'oculistique. Vol. 103, 349.
Zum sogenannten halluzinatorischen Wahnsinn. Zeitschr. f. Psych. 42.
cute hallucinatore Wahnsin genezin do or cataractextractie. Neurol. tralbl., 1898.
hrbuch der Augenheilkunde, 1897.
Über Geistesstörungen bei Arteriosklerose. Neurol. Zentralbl. 8, S. 107.
n, Über Bewußtseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrückt-. Arch. f. Psych., Bd. XX.
Annales d'oculistique, Vol. 103, pag. 253.
rôle de la nature des opérations sur la production des psychoses topératoires. Sem. médic., 1898, pag. 102.
délire psychique consécutif aux opérations. Sem. médic., 1892, . 92.
von médic. Nr. 10, 1870.
ralblatt für Augenheilkunde, 1899, S. 47.
psychoses de la vieillesse, Bordeaux 1898.
y, Ein Fall von furibunden Delirien nach Extraktion eines Katarakt. resbericht für Ophthalmologie, 1881, S. 420.
rnandez, Recueil d'ophthalmologie, 1895, pag. 103.
Simpler, Delirien nach Verschluß der Augen und im dunklen Zimmer. h. f. Psych., IX, 1878.
Jodoformpsychose. Arch. f. Psych., XIV, 171.
Die Geistesstörungen des Greisenalters. Deutsche med. Zeitung, 1898.
Über die akute halluzinatorische Verwirrtheit. Zeitschr. f. Psych. 48.

Sichel, Une espèce de délire senil après l'extraction de la catara
médicale, 1863.
Simi, Arch. d'ophthalmologie, 1895.
Schnabel, Über Geistesstörung nach Augenoperation. Zentralbl. f.
kunde, 1883.
Schüle, Zeitschr. f. Psych., Bd. 48, 1892.
Szumann, Zu den Psychosen nach Augenverletzungen. Münch
Wochenschr. 1897.
Sulzet siehe *Weick,* 23.
Thomsen, Traumatische Reflexpsychose. Arch. f. Psych., XX, S.
Truelle, Étude critique sur les psychoses dites postopératoires.
Paris, 1898.
Valude siehe *Marlier.*
Véné, Étude sur les délires postopératoires. Thèse de Paris, 189
Voisin siehe Ritti.
Walther, Psychoses postopératoires. Sem. méd. 1898, pag. 139.
Warlomont, Observation de délire sénile survenue à la suite de
de la cataracte. Anal. d'oculistique, Vol. 54, pag. 254.
Webster, Archiv für Augenheilkunde, Bd. XXI, S. 191.
de Wecker et Landolt, Traité complet d'ophthalmologie. Paris 18
Weick, Über Psychosen nach Augenoperation. Stuttgart 1901.
Wille, Zur Lehre der Verwirrtheit. Arch. f. Psych., Bd. XIX.
Wille, Über traumatisches Irresein. Arch. f. Psych., VIII, S. 219.
Zehenter, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1863, S. 12
Zingerle, Über Geistesstörungen im Greisenalter. Verein der Ärzt
mark, 1898.

Digitized by Google

Über Alkoholversuche
rteilung zweifelhafter Geisteszustände.[1])

Von

Oberarzt Dr. **Tomaschny.**

---

ler Beurteilung von Personen, die wir zu gerichtlichen uf ihren Geisteszustand zu untersuchen haben, erheben oße Schwierigkeiten, wenn ein sicheres Urteil über den and der betreffenden Person zu einer früheren, der eobachtung nicht mehr zugänglichen Zeit abgegeben l. Hier spielen eine wichtige Rolle die gänzlich ver- edingungen, unter denen wir die zu beurteilende Person ekommen. Nicht allein kann die Persönlichkeit bzw. teszustand selbst aus inneren Gründen im Laufe der verstrichenen Zeit vielleicht schon eine erhebliche erfahren haben, auch die äußeren Umstände sind ganz vorden, vor allem sind zur Zeit unserer Beobachtung ır oder weniger alle etwa schädigenden oder reizenden ausgeschaltet, welche auf das betreffende Individuum nal, so etwa bei einer in Betracht kommenden Straftat, haben. Selbstverständlich wird es dem Gutachter nie in, noch einmal in Wirklichkeit genau dieselbe Lage , in der sich die betreffende Person zu dem fraglichen befunden hat. Wir sind vielmehr auf Grund von ngaben des zu Begutachtenden, von Zeugenaussagen, einen wissenschaftlichen Erfahrungstatsachen auf Rück-

---

Digitized by Google

[1]) der Provinzial-Heilanstalt Treptow a. Rega (Direktor Sanitätsrat

schlüsse angewiesen. Aber einen Reiz, welcher
Schaffung abnormer Geisteszustände eine wesentliche R
können wir doch leicht vor unseren Augen auf das
Individuum wieder einwirken lassen und dadurch ex
eine frühere Situation in gewissen Grenzen bei dem
suchenden wiederholen. Das ist der Alkohol. Wo
winnung eines sicheren Urteils und zur Klärung eine
haften Geisteszustandes irgendwie erforderlich erscheint
sich deshalb auch früher nicht gescheut, dieses einfa
mittel anzuwenden und die betreffende Person — ihre
gung natürlich vorausgesetzt — der Alkoholwirkung a
Um über den Wert dieses Hilfsmittels ein Urteil zu
haben wir seit Eröffnung der hiesigen Anstalt, wo
geschichte dazu aufforderte, bei den zur Feststellung d
zustandes überwiesenen Personen Alkoholversuche anges
die Ergebnisse will ich hier berichten und lasse zunä
hierher gehörige Fälle folgen, um zum Schluß daran ein
kungen zu knüpfen.

Fall I. Johannes S., Schlosser, 23 Jahre alt, erblich ni
elfmal vorbestraft, raubte am 17. August 1902 einem Manne,
vorher gezecht hatte, auf dem Heimwege die Uhr; er erschien
dem Zeugen weder betrunken noch geisteskrank. Zwei Tage dara
spielte er im Gefängnis den „wilden Mann", der Gefängnisarzt
Simulation, schließlich kam S. zwecks Beobachtung in die hie
Hier war er während der ersten 14 Tage fast andauernd reizba
lich, schimpfte in unflätigster Weise. Dann wurde er ruhig, in
halten höflich und bescheiden. Er wußte nicht, wo er sich b
angeblich keine Erinnerung an die letzten 14 Tage, gab an,
Krämpfen leide und manchmal so aufgeregt werde, daß er nic
sich sei. Von der Straftat wußte er angeblich nichts. In d
klagte er öfter über Schwindelgefühl, Kopfschmerzen und „D
Kopfe, auch fiel es auf, daß er bei geringen Anlässen im Gesi
rötete. Nach fünfwöchigem Aufenthalte in der Anstalt mit völlig
erhielt S. an einem Nachmittage 0,3 l Schnaps (Kirsch mit Rum)

[1]) *Sommer*, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchun
1899, S. 118. — *Sommer*, Kriminalpsychologie, 1904, S. 35, 43.
Die forensische Bedeutung des normalen u. pathologischen Rausch
schrift für Psych. u. Neurologie, 1903, S. 47. — *Heilbronner*, Di
liche Begutachtung der Trinker, Halle 1905, S. 26. — *Schultze*, Üb

nach nicht betrunken oder sonst — abgesehen von Blässe des
– auffallend. Dagegen fühlte er sich den ganzen nächsten Tag
, klagte über Kopfschmerzen und Brechneigung und legte sich früh
In der Nacht hatte er dann ziemlich rasch hintereinander drei
e Krampfanfälle. Zwischen den einzelnen Anfällen gab er auf
einige zutreffende Antworten, erkannte auch den hinzugekommenen
dem dritten Anfall sah er aber ganz verständnislos um sich und
ann bald in einen tiefen Schlaf. Am nächsten Morgen hatte er
nerung an die Vorgänge in der Nacht. Weitere epileptische Anfälle
ei S. während des hiesigen Aufenthaltes nicht beobachtet. Das
lautete dahin, daß S. Epileptiker sei, und daß zur Zeit der Tat
Willensbestimmung bei ihm ausgeschlossen war.

liesem Falle liegt die hohe Bedeutung des Alkoholver-
uf der Hand. Wenn auch das ganze Verhalten des S.,
ch während der ersten 14 Tage seines Hierseins, sowie
amter Charakter schon sehr deutlich den Verdacht auf
de Epilepsie erweckten, wenn ferner unter Berücksichti-
begleitenden Momente zur Zeit der Straftat (vorheriger
Alkoholgenuß, nachherige Erinnerungslosigkeit) es als
nrscheinlich angesehen werden mußte, daß S. sich da-
einem Zustande krankhafter Bewußtseinsveränderung be-
abe, so konnte doch erst nach Beobachtung der Krampf-
nit absoluter Sicherheit behauptet werden, daß S. Epi-
sei. Ohne den Alkoholgenuß wären bei S. während der
Beobachtungszeit möglicherweise keine Krampfanfälle in
heinung getreten, denn es waren bereits fünf Wochen
en solchen Anfall verstrichen. Der Alkoholversuch mit
olgen bildete hier also das letzte und wichtigste Glied
eweiskette.

II. Karl M., Schuhmacher, 36 Jahre alt, erlitt im Alter von zwölf
Kopftrauma (wurde von seinem Vater mit einem Backstein an
geworfen und war danach mehrere Stunden bewußtlos), hat viel
us verkehrt, ist vielfach vorbestraft, zuletzt mit acht Jahren Zucht-
hrend der Haft erkrankte er geistig mit hochgradigen Erregungs-
„epileptoiden Charakters“ und nachfolgender Amnesie. Er kam
enanstalt und wurde nach einiger Zeit von dort gebessert entlassen,
älle waren bei ihm nicht beobachtet worden. Am 14. Januar 1904
s schlug M. sein wenige Monate altes Kind, durch dessen Schreien
wurde, so heftig, daß es einige Stunden später infolge der Miß-
starb. M. hatte am Vormittage im Ärger über einen für ihn

Menge nicht bekannt.) Vor Gericht stellte M. in Abrede, das
Absicht geschlagen zu haben, dieses sei vielmehr selbst aus d
gefallen und habe sich am Kopfe verletzt. (Die gerichtliche Obdu
die Unmöglichkeit dieser Angaben des M.) M. wurde mit Rücksic
Vorleben zur Beobachtung und Begutachtung der hiesigen Anstalt
Nach fünfwöchiger Beobachtung, während der er, abgesehen vo
Klagen über Kopfschmerzen, nicht viel Auffallendes geboten un
Patienten der Abteilung nie Alkohol erhalten hatte, bekam M.
zehn Uhr vormittags nach dem zweiten Frühstück eine Flasche
und fünf kleine Gläser Schnaps. Er ging dann seiner gewohnten
nach. Als er eine halbe Stunde später vom Arzt besucht und n
Befinden befragt wurde, wurde er sofort stark erregt, sein Ges
sich, die Gesichtsmuskeln zitterten, und er schrie den Arzt mit
Stimme an: „Was wollen Sie von mir?“ Er sah hierbei so dr
daß eine Fortsetzung des Gesprächs ihn wohl zu Tätlichkeiten
hätte. Auch noch zwei Stunden später zeigte er sich ebenso gere
fünf Uhr nachmittags wurde er wieder freundlich und lenksam.
sich wohl erinnern, vormittags mit dem Arzt gesprochen zu hal
aber entschieden in Abrede, irgendwie ausfallend oder gereizt
sein. Es ließ sich feststellen, daß M. ganz ungleiche Pupillen h
linke Pupille war erheblich weiter als die rechte — was sonst nic
war. Diese Ungleichheit verlor sich erst im Laufe des nächsten T
Gutachten lautete dahin, daß M. zwar nicht dauernd geistes
daß ihm aber für die Zeit der Tat der Schutz des § 51 StGB.
werden müsse.

Auch in diesem Falle war der Alkoholversuch
großem Werte. Er zeigte uns deutlich, daß M. schon
hältnismäßig geringem Alkoholgenuß in einen stunden
haltenden Zustand hochgradigster Gereiztheit verfiel, in
nur durch das vorsichtigste Verhalten seiner Umgeb
brutaler Gewalttätigkeit abgehalten wurde. Dabei verri
äußerlich anscheinend ganz geordnet seine gewohnte
arbeiten. Die Erinnerung war hinterher mangelhaft. A
dieses hier angestellten Versuches konnte mit größte
scheinlichkeit gefolgert werden, daß M. sich zur Zeit de
in einem ähnlichen — also entschieden krankhaften —
zustande befunden habe, wie hier nach dem Alkoholge
war dann zur Ausübung der ihm zur Last gelegten St
so eher fähig, als neben dem Alkohol damals noch an
mente reizend auf ihn einwirkten, wie der ungünstig

Digitized by Google

des Alkoholversuches war um so wertvoller, als M. sich
zur Zeit der Tat stundenlang mit dem Kinde allein zu
efand, also etwaige Zeugen über seinen damaligen Zu-
d sein Verhalten nichts bekunden konnten.

III. Arthur W., Barbier, 33 Jahre alt, erblich nicht belastet, kein
weimal vorbestraft, weil er wiederholt an Dienstmädchen Briefe
htigen Anträgen perversen Charakters geschrieben, Schulmädchen
tblößten Geschlechtsteil gezeigt und in einer ganzen Anzahl von
ine Mädchen auf der Straße aufgefordert hatte, auf die Erde zu
damit er dies auflecken könnte. Neuerdings wegen einer Reihe
cher Vergehen angeklagt, bestritt W. vor dem Untersuchungsrichter
aten und behauptete, an Schwindelanfällen zu leiden. Er wurde
chtung seines Geisteszustandes der hiesigen Anstalt überwiesen.
behauptete W. stets, von allen ihm zur Last gelegten Vergehen
wissen. Er hielt sich für vollkommen gesund und zurechnungs-
ärte aber, Alkohol schlecht vertragen zu können, sodaß ihm stets
h geringem Alkoholgenuß „wuschig" d. h. leicht schwindlig im
vorden sei. An dem Tage seiner Verhaftung (diese erfolgte un-
nach einem Delikt) habe er ein Glas Bier und zwei Ingwer

Die hiesige Beobachtung ergab bei W. keine gröberen krank-
scheinungen, namentlich auch keine Zeichen von Epilepsie. Am
ıber 1905 erhielt W. hier 175 ccm Kornbranntwein mit Rum zu
Es trat hiernach weder „Wuschigsein" noch Schwindel, nicht einmal
ehrte Gesprächigkeit bei W. ein. Nur eine leichte Gesichtsrötung
olge des Alkoholgenusses. Das Gutachten erklärte W. für nicht
nk, jedoch für einen minderwertigen, nervösen Menschen mit herab-
Widerstandsfähigkeit gegen strafbare Antriebe und Gelüste.

Gegensatz zu den beiden vorhin angeführten Fällen war
bnis des Alkoholversuches in diesem Falle kein positives.
abe des W., daß er den Alkohol schlecht vertrage, wofür
Zeugen beibrachte, wurde durch den einen Versuch nicht

Für das Gutachten war hier der einmalige Versuch
tivem Ausfall nicht zu verwerten. Eine besonders aus-
Intoleranz gegen Alkohol bestand bei W. jedenfalls
Vielleicht hätte ein erneuter Versuch doch eine herab-
Widerstandsfähigkeit des W. gegen Alkohol nachgewiesen,
wurde auf eine Wiederholung des Experimentes ver-
denn ein wirklich positiver Ausfall hätte höchstens bei
teilung eines einzigen der zahlreichen Delikte, wobei tat-

Digitized by Google

konnen. Für die gesamte Beurteilung konnte hier
der Dinge der Ausfall des Experiments nicht von we
Bedeutung sein.

Fall IV. Albert W., Musketier, 22 Jahre alt, Vater Potato
stande fünfmal vorbestraft wegen Bettelns, Diebstahls, Unterschlag
Militär zwölfmal bestraft wegen Nachlässigkeiten im Dienste. A
tember 1904, an einem heißen Manövertage, verließ W. unterweg
die Marschkolonne und ging davon. Den ihm nachfolgenden U
bedrohte er mit dem Gewehrkolben, hinterher hatte er angeblich
innerung an den Vorfall. Auf den sofort herbeigeholten Arzt
einen nicht normalen Eindruck. In der vorangegangenen Nach
Posten gestanden und fast gar nicht geschlafen, vor dem Aus
Truppe hatte er keinen Kaffee, sondern Bier getrunken. Einig
vorher war von einem Militärarzt bei W. nach einem Alkoholex
eigenartige Bewußtseinsstörung beobachtet, die als pathologisch
gedeutet wurde. W. kam in die hiesige Anstalt zur Beobachtun
hier stets verschlossen, unfreundlich, gleichgültig, hatte keine
oder Krampfanfälle. Er gab an, er sei früher manchmal nach Alkoh
für kurze Zeit „blaß" geworden und „weg" gewesen. Eine Geiste
ließ sich hier bei ihm nicht feststellen. Während der Beobachtungs
W. hier an zwei verschiedenen Tagen zum zweiten Frühstü
100 ccm Kognak und 0,6 Liter Lagerbier, ein andermal 260 ccm
Rum, 50 ccm Kognak und 0,6 Liter Lagerbier zu trinken. In bei
bot W. hinterher außer Gesichtsblässe und einer Beschleunigung
(bis 140 Schläge in der Minute) keine auffallenden Erscheinun
Gutachten lautete dahin, daß W. nicht geisteskrank, aber geist
wertig sei und zur Zeit der Tat sich in einem Zustand krankhaft
der Geistestätigkeit befunden habe.

In dem vorliegenden Falle lag der Gedanke
Alkoholversuch ganz besonders nahe. Hierzu forderten
dene Momente auf. Einmal die eigenen Angaben des
seinen Aussagen durchaus glaubwürdigen W., daß er
nach Alkoholgenuß „blaß" werde und „weg" sei, sodann
auch der Umstand, daß bei W. schon einmal ärztlicher
als pathologischer Rausch gedeutete Bewußtseinstrübu
achtet worden war. Wenn nun auch hier selbst ein zw
Versuch bei W. ganz ergebnislos verlief, so wurde bei
gutachtung doch angenommen, daß der vor der Straftat
Alkohol geeignet gewesen sei, bei W. eine krankhafte
seinsveränderung im Sinne des § 51 StGB. herbeizufüh
die Begründung dieser Annahme war von Wichtigkeit

ngen des Manövers) in besonders schlechter allgemeiner
g befand, so daß erfahrungsgemäß schon geringe Alkohol-
uf ihn schädigend einwirken konnten. Hier in der
der er sich schon eine Reihe von Wochen aufgehalten
en dagegen die gesamten Lebensbedingungen so günstige,
hl imstande sein konnte, selbst eine verhältnismäßig
lkoholmenge ohne Nachteil zu vertragen.

. August Fl., Schachtmeister, 50 Jahre alt, erblich nicht belastet,
nheitstrinker, erlitt vor 15 Jahren eine Kopfverletzung mit nach-
ehirnerschütterung, reizbarer Charakter, wußte angeblich manch-
er nicht, was er in der Erregung getan hatte, will Alkohol schlecht
chtmal vorbestraft. Am 2. November 1903 stieß Fl. in einem
nachdem er dort mehrere Stunden lang mit andern Männern
Reihe grober Majestätsbeleidigungen aus. Er behauptete hinterher,
zu wissen, daß er in jener Gastwirtschaft gewesen sei, namentlich
daß er jene beleidigenden Äußerungen getan habe. Während der
in hiesiger Anstalt neigte Fl. andauernd zu starker Übertreibung
erlicher Beschwerden, auch versuchte er Sinnestäuschungen und
deen vorzutäuschen. Eine Geisteskrankheit ließ sich bei ihm
len. Am 12. August 1904 nachmittag erhielt Fl. 360 ccm Kognak
Es trat zunächst Rötung des Gesichts und vermehrte Gesprächigkeit
hm Fl. eine sehr flotte Haltung an, er gestikulierte lebhaft, sprach
erlichem bald in sehr anmaßendem Tone, verlangte vor den
enden General geführt zu werden, um sich beschweren zu können
ieser in großer Gesprächigkeit mit sehr gehobenem Selbstgefühl
e Rausch hielt einige Stunden an. An den Pupillen waren während
Dauer der Alkoholwirkung irgendwelche auffallende Erscheinungen
t, veränderte Reaktion oder dergl.) nicht zu beobachten. Am
rgen erinnerte sich Fl. der Vorgänge und meinte selbst, daß er
ken gewesen sei.

in diesem Falle lag der Gedanke an einen Alkohol-
hr nahe. Fl. stellte die an sich ja gar nicht unwahr-
Behauptung auf, daß er seit seiner Kopfverletzung
ei gelegentlichem Alkoholgenuß in Erregung gerate und
n begehe, von denen er hinterher nichts wisse. In
hen Zustande will er sich auch bei Begehung der Straftat
haben. Nun war aber gegenüber allen Angaben des Fl.,
eitweilig direkt Geisteskrankheit vorzutäuschen suchte,
Mißtrauen am Platze; irgendwelche Zeugen für die

vielleicht konnte also ein Alkoholversuch aufklärend wirk
auch dieser fiel völlig negativ aus, wenigstens insofern,
ihn die Beteuerungen des Fl. von seiner Intoleranz gege
in keiner Weise gestützt wurden. Andererseits hatte
Versuch auch ein positives Ergebnis, welches freilich zu U
des Angeklagten gedeutet werden mußte. Fl. geriet hi
den Alkoholgenuß in einen regelrechten Rausch, in den
sehr herausfordernd, prahlerisch, nörgelnd zeigte, und dies
ähnelte so stark dem aktenmäßig geschilderten Zustande, in
er die Beleidigungen aussprach, daß auch für jene Zei
ein Zustand gewöhnlicher Trunkenheit mit dem hier beo
nörgelnden, querulierenden Wesen angenommen werde
Das Gutachten wurde auch in diesem Sinne abgegeb
Bedeutung des Alkoholversuchs lag also in diesem Fa
daß es durch den Versuch gelang bei Fl. einen Zustand zu
der demjenigen sehr nahe kam, in welchem er die Straft
Hierdurch wurde die gesamte Beurteilung sehr erleichte

Fall VI. Johannes Sch., Buchhalter, 22 Jahre alt, erblic
indem sein Vater geisteskrank war und auch in einer Irrenanstalt
vorbestraft, lebte seit Jahren sehr leichtsinnig; jetzt angeklagt
führung einer Minderjährigen und Anhalten derselben zu gewe
Unzucht. Sch. leugnete die ihm zur Last gelegten Straftaten und
vor dem Untersuchungsrichter, „stark“ an Epilepsie zu leiden. Er
hiesigen Anstalt zur Beobachtung überwiesen. Hier klagte Sch.
über Schmerzen im Kopfe und in verschiedenen Körperteilen, wies
seine erbliche Belastung hin, betonte immer wieder, daß er a
epileptischen Krampfanfällen leide, derentwegen er eine sehr gu
in Berlin habe aufgeben müssen. Zu der Zeit, wo er die ih
gelegten Straftaten begangen haben soll, könne er geistig nicht g
gewesen sein, denn den Leuten in seiner Umgebung sei es damals
aufgefallen, daß er so einen stieren Blick hatte, er sei auch wiede
der Krampfanfälle ärztlich behandelt worden und dergleichen.
unsererseits angestellten umfangreichen Nachforschungen wurden
des Sch., daß er an Krämpfen leide, nicht bestätigt, auch ersch
vielfachen Klagen über allerhand körperliche Schmerzen objekti
gründet. Am 24. November 1905 um 1/2 11 Uhr vormittags erhiel
zweiten Frühstück zwei Flaschen Lagerbier und ein Weinglas (90 c
Um 11 Uhr war Sch. sehr gesprächig und zeigte lebhafte Mimik
glänzten, der Puls war etwas voller als vorher, die Pupillen

der Weite noch in der Lichtreaktion verändert. Während Sch. sonst
ine Intoleranz gegen Alkohol betont hatte, prahlte er jetzt, er könne
inken, 20 Gläser Schultheiß machten ihm nicht viel, er habe einmal
iner Wette 1/4 Liter Kognak getrunken und vorher noch Bier. In
be er überhaupt flott gelebt, er habe viel mit Frauenzimmern verkehrt
lge der durchschwärmten Nächte habe er öfter morgens nicht ins
gehen können. Irgendwelche Nachwirkungen des Rausches stellten
Sch. nicht ein. Das Gutachten erklärte ihn für nicht geisteskrank.
s Interessante an diesem Alkoholversuch liegt darin, daß
Alkohol zum Verräter wurde; denn während Sch. sonst
rzählte, er habe in Berlin eine sehr gute Stellung verloren,
seiner häufigen Krämpfe wegen — die auffallenderweise
ein Mensch beobachtet hat — morgens nicht rechtzeitig
chäft erscheinen konnte, erzählte er nun im Rausche in
dem Tone, wie er häufig in interessanter Damengesellschaft
hte durchlebt habe, so daß er dann freilich öfter nicht
e war, morgens rechtzeitig ins Geschäft zu gehen. Diese
ichtigte Enthüllung festigte noch weiterhin unsere schon
gewonnene Meinung, daß Sch. ein ganz durchtriebener und
nen liederlichen Lebenswandel heruntergekommener Mensch
dagegen von Geisteskrankheit und namentlich von Epilepsie
e Rede sein könne. Das Gutachten lautete auch in diesem

e gewisse Ähnlichkeit mit dem eben geschilderten Falle
nachstehende:

VII. August Z., Arbeiter, 31 Jahre alt, erblich nicht belastet,
ttätiger und verwahrloster Mensch bekannt, achtmal mit Gefängnis
thaus vorbestraft, jetzt angeklagt wegen mehrerer mit viel Über-
d Geschick ausgeführter Diebstähle. Bei seinen gerichtlichen Ver-
en verhielt sich Z. ganz schweigsam oder beantwortete alle Fragen
otypen Redensarten wie: „ich will nicht geschieden sein“ oder „ich
en Wagen wieder haben“. Er kam in die hiesige Anstalt zur Beob-
Auch hier verhielt er sich in den ersten Wochen ganz schweigsam
ganz unsinnige Antworten, er lag in starrer Haltung da, stellte sich
örperlichen Untersuchung ganz gefühllos. Später, als er gesprächiger
hauptete er „Stimmen“ zu hören, äußerte Vergiftungsideen, bezeichnete
als Pastor, Rechtsanwalt u. dergl., wußte auch angeblich nie, wo
befand. Von den Straftaten wollte er auch nichts wissen. Am
t 1902 nachmittags erhielt Z. 0,3 Liter Schnaps (Kirsch mit Rum)
n, wodurch ein typischer [redacted] erzeugt wurde. Er war

Anstalt, den er bis dahin nicht zu kennen vorgab und als Schreiber
hatte, sagte er lächelnd: „Meinen Sie, ich weiß nicht, wer Sie sind
der Direktor, das weiß ich ganz gut. Ich bin nicht geisteskran
nicht in der Anstalt bleiben, oh ich weiß ganz gut, daß ich in ei
hause bin.“ Am nächsten Tage klagte Z. über Kopfschmerzen, s
keinerlei Nebenerscheinungen als Folgen des Alkoholgenusses wah

Ganz ähnlich wie im vorhergehenden Falle hat s
hier der zu Untersuchende im Alkoholrausche selbst
Er ließ im Rausche deutlich erkennen, daß er über s
gebung recht gut unterrichtet war, während er sonst auf
in dieser Richtung immer ganz verkehrte Antworten gab.
sich zwar auch sonst schon bei seinem Versuche, Geistes
vorzutäuschen, häufig recht ungeschickt benommen, er fiel v
aus seiner Rolle, und es war im allgemeinen nicht schw
ihm die Simulation nachzuweisen, immerhin waren aber di
verräterischen Angaben des Z. doch noch sehr wertvol
Begründung des abgegebenen Gutachtens. Dieses laute
daß bei Z. eine Geisteskrankheit mit Sicherheit ausge
werden könne. Nebenbei sei hier noch bemerkt, daß
Tage vorher leicht anchloroformiert wurde und in der
auch seine Teilnahme an den Diebstählen, von denen
nie etwas wissen wollte, ausführlich mit Nennung von
Namen zugab.

Im Anschluß hieran möchte ich noch zwei Alkoho
erwähnen, die zwar streng genommen nicht hierher gehö
doch mit dem zuletzt geschilderten Falle in einem gewisse
Zusammenhange stehen und interessant genug sind, um
zu werden. Wir haben vorhin gesehen, wie Z. (Fall VII)
seiner hiesigen Beobachtung eine Reihe von Symptomen
vorzutäuschen suchte, wie wir sie häufig bei Katatonikern
Zur Zeit des Alkoholversuches waren diese Erscheinung
dings der Hauptsache nach nicht mehr vorhanden auß
gewissen Zug, welcher darin bestand, daß Z. auf Befra
sehr einfache Dinge, wie seine persönlichen Verhältnis
Umgebung u. dergl. ganz falsche Antworten gab („Vorbe
Im Alkoholrausch verschwand, wie wir gesehen habe
Erscheinung bei Z. er zeigte sich über alles recht gut unt

Digitized by Google

nken die bestehenden Symptome des Negativismus, der u. dergl. unter Alkoholwirkung auch verschwinden Es wurde deshalb an eine 43jährige Frau und an einen jungen Mann, die beide in typischer Weise alle gen der Katatonie boten, vollständig mutazistisch waren hartnäckiger Nahrungsverweigerung schon lange Zeit Schlundsonde ernährt wurden, eines Tages mit der je 50 ccm absoluter Alkohol verabfolgt. Bei beiden Pulsbeschleunigung, Gesichtsrötung und Vertiefung der n, die psychischen Erscheinungen (Mutazismus, Negati-v.) wurden aber nicht im geringsten beeinflußt.

Schluß sei noch über die allgemeinen Gesichtspunkte, der Anstellung von Alkoholversuchen Berücksichtigung einiges erwähnt. Zunächst ließe sich die Frage nach chtigung solcher Versuche aufwerfen. Man könnte zinischen bzw. rechtlichen Standpunkte aus dagegen machen, denn es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß en Augenblick die zu untersuchende Person, falls es um einen Epileptiker oder Traumatiker handelt, durch chung von Alkohol direkt schädigt. Es erscheint ein periment um so weniger erlaubt, als der zu Unter-ieses wohl in den weitaus meisten Fällen für etwas ganz ges, fast nie aber für etwas nicht ganz Unbedenkliches l. Demgegenüber ist zu erwähnen, daß man die Alkohol-natürlich nicht in leichtfertiger Weise anstellen wird, r da, wo man verpflichtet ist, in unklare Verhältnisse ringen. Und wenn dies in schwierigen Fällen gelingt, man zugeben müssen, daß der etwaige Nachteil von gten Vorteil bei weitem überwogen wird. Wir wenden nst in der Medizin manchmal nicht ganz ungefährliche an, wenn wir dadurch erwarten, sicherer zum Ziele en, so z. B. die Chloroformnarkose zu diagnostischen Um allen Vorwürfen zu entgehen, wird es zweckmäßig dem Experiment den zu Untersuchenden ganz offen belehren, daß zur Feststellung der Wahrheit der Ver-endig sei, und dann seine Entschließung abzuwarten.

Digitized by Google

Zustimmung des zu Untersuchenden erfolgt. Nur ein
Personen verhielten sich ablehnend, und zwar waren
die verschlagensten Verbrecher, die offenbar fürchtete
Alkoholrausch irgend eine Blöße zu geben.

Ganz selbstverständlich ist es wohl, daß die Ve
da angestellt werden dürfen, wo man in der Lage i
treffenden Personen hinterher genau und ununterbro
achten zu können. (In unseren Anstalten sind die
lungen dazu geeignet.) Falls dies nicht geschieht, kö
vorübergehende Veränderungen leicht unbemerkt bleib
ist diese Maßregel aber auch aus Gründen der Sicherh
Bei Krampfanfällen z. B., die sich nach dem Alkohol
stellen, kann die betreffende Person ohne sachverstän
stützung leicht Schaden nehmen, es kann aber auch
den hochgradiger Gereiztheit, wie wir sie hier beobac
leicht zu brutalen Ausfällen gegen die Umgebung kom
innert sei hierbei an den Hinweis *Forels*,[1]) daß bei De
nach Alkoholgenuß die psychischen Erscheinungen seh
die körperlichen dagegen gering sein können. Sch
auch noch zu betonen, daß die Fahndung nach etwai
erscheinungen nicht zu früh abgebrochen werden darf,
wir oben gesehen haben, traten in dem einen Fa
Krampfanfälle erst 36 Stunden nach dem Alkoholgen
waren doch ganz zweifellos als Folgeerscheinung aufz

Daß den Alkoholversuchen ein großer Wert, ja
ständen eine hohe diagnostische Bedeutung zukommt
nicht von der Hand weisen. Es kann z. B. der Fal
daß wir einen Angeklagten zu begutachten haben, wä
sichere Anamnese fehlt und Zeugenaussagen über d
Umstände zur Zeit der Tat nicht vorhanden sind,
lediglich auf die Angaben des zu Untersuchenden s
wiesen sind. Wenn nun der Betreffende behauptet, e
bei Begehung der Tat infolge Alkoholgenusses in eine
krankhafter Veränderung des Bewußtseins befunden,

[1]) *Forel* in *Kölle*, Gerichtlich psychiatrische Gutachten, S

Digitized by Google

Gutachten sehr wertvoll sein, wenn wir durch das Ex-
nachweisen, daß der Alkohol in der Tat geeignet ist,
erartige Zustände auszulösen. Daß nur der positive
es Experimentes von ausschlaggebender Bedeutung sein
elbstverständlich und wird auch von allen Autoren, die
ieser Sache geäußert haben, hervorgehoben.[1]) Aber
positiven Ausfall werden wir nicht schlechtweg ohne
verten dürfen, wir werden auch daran denken müssen,
etreffende Persönlichkeit in der Zeit zwischen der Tat
Experiment sich verändert haben kann, z. B. infolge
ischen erlittenen Traumas. Eine möglichst sorgfältige
der Anamnese wird uns hierbei vor einem Mißgriff
Andererseits wird aber auch ein negativer Ausfall des
tes nicht ohne weiteres gegen eine pathologische Al-
on des betreffenden Individuums sprechen. Wie *Cramer*[2])
hat, reicht vielfach bei geistig Minderwertigen der
uß allein nicht aus zur Herbeiführung einer patho-
Reaktion, es müssen vielmehr noch andere schädigende
Affekte, körperliche Überanstrengung u. dgl.) als kon-
Ursachen hinzutreten. Alle derartigen Momente wer-
in dem ruhigen gleichmäßigen Anstaltsleben, wo zum
mmen stärkerer Affekte wohl nur selten Anlaß ge-
von vornherein in Wegfall kommen. Wir werden uns
h nicht wundern dürfen, wenn wir in manchen Fällen
n unsere Erwartung einen negativen Ausfall des Ex-
erzielen, und uns dadurch in unserm Gutachten nicht irre-
en dürfen. Sehr lehrreich ist in dieser Beziehung der
führte Fall IV, wo bei dem betreffenden Mann sogar
liger Alkoholversuch ganz ergebnislos verlief, und wo
nach Lage der Dinge für die Zeit der Tat eine patho-
lkoholreaktion — allerdings unter gleichzeitiger Mit-
nderer Ursachen — angenommen werden mußte. Bei
tung des Experimentes werden wir uns auch immer
s Defektes, die wir bei dem betreffenden Individuum

Digitized by Google

[1]) *mer*, Gerichtliche Psychiatrie, 1903, S. 321.

erwarten, als Richtschnur dienen lassen müssen. G
z. B. einen Epileptiker oder einen Traumatiker vor uns
so wird uns ein negativer Ausfall des Experimentes
mehr befremden als z. B. bei einem vermutlichen Neura
Bei den ersten beiden handelt es sich um einen daue
fekt, der nicht je nach den äußeren Umständen wec
werden hier also in der Regel von der gleichen Urs
die gleiche Wirkung erwarten, d. h. also auf Alkoholgenu
nämliche (eventuell pathologische) Reaktion. Ganz and
sich dagegen der Neurastheniker. Während dieser un
stigen äußeren Umständen auf Alkohol sehr leicht pa
reagieren wird, wird dies nicht mehr der Fall sein,
äußeren Umstände für ihn günstig liegen, also nament
wenn durch längeren Anstaltsaufenthalt in seinem vorh
haft erregten Nervensystem eine Beruhigung eingetrete
wird sich darum in Rücksicht auf derartige Mög
empfehlen, in gewissen Fällen den Alkoholversuch
bald bei Beginn der Beobachtungszeit anzustellen u
eventuell zum Vergleich das Experiment zu wi
Auch der Umstand ist mit in Rechnung zu bringen
vielen Menschen durch den Anstaltsaufenthalt se
eine Hebung des allgemeinen Kräftezustandes erfolgt,
dann gegen den Alkohol weit widerstandsfähiger sin
es vorher unter vielleicht sehr ungünstigen Lebensbe
waren.

Zum Schluß sei noch mit einigen Worten auf die
keit der Simulation beim Alkoholversuch hingewiesen
betont wohl mit Recht, daß man hierbei eine Simula
leicht zu erwarten habe, und auch wir haben hier bei
gestellten Versuchen nichts Derartiges gesehen. Ganz
erscheint es aber doch nicht, daß da, wo solche Vers
gemacht werden, der eine oder andere geriebene Verb
folge Belehrung und Warnung von dritter Seite doch au
hierbei mit mehr oder minder großem Geschick de
täuschen versucht. Jedenfalls wird es gut sein, wenn
an diese Möglichkeit denkt. Wir haben allerdings ei

Digitized by Google

den, Vogt, Bumke, Bonhöffer[1]) und andere gezeigt haben,
ir bei einer pathologischen Alkoholreaktion fast aus-
eine Veränderung in der Lichtreaktion der Pupillen in
ie, daß diese entweder sehr träge erfolgt oder auch
rehoben ist. Man wird es also unter keinen Umständen
n dürfen, seine Beobachtung auch auf dieses Merkmal
n. Wie wir oben (Fall II) erwähnt haben, fand sich
einem Manne mit ganz deutlicher pathologischer Reaktion
der Dauer der Alkoholwirkung eine starke Ungleichheit
len, während bei dem Angeklagten in Fall V, der hier
lumper Weise Geisteskrankheit zu simulieren versuchte,
he auch nicht die mindeste Veränderung in der Be-
eit der Pupillen nachzuweisen war.
genaue Verfolgung des Zitterns bei Alhoholversuchen
macht Registrierapparate unentbehrlich. Die Fest-
von *Gudden* und *Vogt* sind um so wertvoller, als der
der pathologischen Reaktion an den Pupillen keine be-
Apparate erfordert, sondern auf jeder Krankenabteilung
werden kann, wo die Alkoholversuche vollzogen

---

[1]) *Gudden,* Über die Pupillenreaktion bei Rauschzuständen und ihre Deutung. Neurolog. Zentralblatt, 1900, S. 1096. — *Vogt,* Über die s Alkohols auf die Veränderung der Pupillenreaktion. Berl. Klin. ift, 1905, S. 323. — *Bonhöffer,* Die akuten Geisteskrankheiten der strinker, Jena 1901, S. 214.

Digitized by Google

Fälle von familiärer Mikrokephalie.

Von

Dr. med. **Heinrich Vogt,** Privatdozent an der Universität Göt
Arzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Langenhage

Die Betrachtung mikrokephaler Objekte als Resultate
Entwicklung stellt uns stets vor zwei Fragen — und da
wohl der Schwerpunkt aller teratologischen Forschung,
der des Gehirns — das rein pathologische Moment zu
von dem Ergebnis der eigentlichen Entwicklungshemmung.
die Entwicklungshemmung sich gewöhnlich in einem
Zustand irgendwelcher Anlageteile ausdrückt, ist es bei
nicht stets leicht und selbst oft nicht möglich, die Art de
logischen Moments nachzuweisen. Denn es kommt für di
logische Entwicklung auch noch die Möglichkeit in Betra
die Schädigung in einer minderwertigen Keimanlage ab
gegeben sein kann. Während also in den einen Fäl
nachweisbare äußere Ursache das sich entwickelnde Organ
in anderen Fällen die Mißbildung das Resultat einer aus
Ursachen gestörten Entwicklung. Diese inneren (endogenen)
spielen eine wesentliche Rolle in allen Krankheiten, welche
auftreten, denn diese Tatsache weist schon auf die Minderw
des Keimes und der Keimesanlage als letzte Krankheitsurs

Das Wesen der Familiarität liegt darin, daß eine b
anatomische oder funktionelle Insuffizienz bei mehreren M
einer Familie in derselben Form wiederkehrt. Das gr
der familiären Nervenkrankheiten zeigt das vorzeitige In
werden bestimmter typischer Systeme, also eine stereotype

n amaurotischen Idiotie tritt die Familiarität als eine
Krankheitsform auf, die das ganze Organ erfaßt. Der
er Anlage, der dort nur lokal ist, ist hier allgemein.
äre funktionelle Schwäche bestimmter Teile hat natürlich
anatomisch minderwertigen Anlage ihren Grund (Ver-
g der Hinterstränge bzw. des Kleinhirns bei *Friedreich*scher
d *Marie*scher Heredoataxie cerebelleuse). Deutlich tritt
ngenitale familiäre Defekt auch in anderen Formen von
g zutage (Monodaktylie, vgl. die Fälle von *Schultze*[1]),
lpert[2]) und viele andere).

also nicht nur eine funktionelle Schwäche, sondern auch
mischer Defekt familiär auftritt, ist allgemein bekannt.
che im Bereich der Mißbildungen des Zentralnervensystems
besonderes Interesse. Eine häufig beobachtete familiäre
des Zentralnervensystems ist die Mikrokephalie.

wissen heute, daß die Mikrokephalie eine sehr vielgestaltige
g ist. Der Name Mikrokephalie will nichts weiter als
einerung des Gehirns (und Schädels) bezeichnen. Die Art
nsität dieser Verkleinerung ist in den einzelnen Fällen
mannigfachsten Ursachen bedingt, es gelingt nicht selten,
ffspunkte der Noxe, die zu der Mißbildung geführt hat,
isen und so unter Umständen zu zeigen, warum gerade
orm der Mißgestaltung resultieren mußte, da Gesetz-
nicht nur die normale, sondern auch die pathologische
ung beherrscht. Aber auch die Endogenität ist ein
ßiger Faktor, der der Entwicklung des Keimes eine
e Richtung geben kann, ebenso wie dies eine auf den
rkende äußere Ursache tut. Ob die anatomische Form
liären Mikrokephalen innerhalb derselben Familie auch
einzelne übereinstimmt, ist bisher nicht erwiesen, das
gleiche Lebensalter, das die Geschwister erreichten,
e Ähnlichkeit des Hirngewichts weist auf die innere
tschaft hin. Bekanntlich erreichen die Mikrokephalen
sehr verschieden hohes Alter, es gibt kurz- wie langlebige,

---

miliäre symmetrische Monodaktylie. Neurol. Cbl. 1904 S. 704.
ererbung einer sechsfachen Mißbildung an allen vier Extremitä

namentlich in der älteren Literatur, schon mehrfach m

Carl Vogt[1]) führt in seinem bekannten Werke ü
Mikrokephalen folgende familiäre Fälle an:

I. Die beiden Brüder Friedrich und Michel Sohn, gestorbe
bzw. 20 Jahren, Schädelkapazität 460 und 360 ccm.

II. Die Brüder Jakob und Johann Georg Moegle, 10 bzw. 5
Schädelkapazität des letzteren 272 ccm, das betreffende Maß des
ist nicht vorhanden. Der Schädelumfang (am skelettierten Objek
für ersteren 330 mm, für letzteren 355 mm. Hierzu kommt der
Johannes Moegle, 15 Jahre alt, Kapazität = 395 ccm, Schädelumfang
Es ist für die endogene Natur einer Anomalie ein interessantes Zeic
dieselbe sich in verschiedenen Zweigen der Familie gleichzeitig
wie wir dies ja auch von den familiären Neurosen und ähnlichen Kr
(vgl. die Stammbäume für die familiäre amaurotische Idiotie bei *Fal*
und *Pelizaeus*[3])) kennen. *C. Vogt* gibt eine ausführliche Geneal
Familie Moegle S. 173 seines Werkes. Daraus geht hervor, daß de
genannte Johannes M. drei gesunde Geschwister hatte. Die beiden
Kranken M. stammen aus einer Familie mit insgesamt elf Kindern,
waren vier Mikrokephalen, außer den beiden genannten ein Bru
Jahr alt, starb und ein in weniger hohem Grade befallenes
C. Vogt tut der merkwürdigen Tatsache Erwähnung, daß in dem
Dorf noch weitere Fälle (in toto mit den genannten sieben) vorg
sind. Es wird, wenn auch direkte Verwandtschaft nicht vorgelegen
an verwandtschaftliche Einflüsse gedacht werden können, da unter
völkerung vieler Dörfer starke Inzucht herrscht.

III. Weiter erwähnt *Baillarger*[4]) eine Familie mit fünf Kinder
drei Mikrokephalen waren, angeblich war bei denselben (nach Aus
Mutter) prämature Synostose der Schädelnähte vorhanden, in einem
der im Alter von 4 Jahren starb, ist dies von *B.* konstatiert. Nä
gaben fehlen.

IV. *Wagner*[5]) berichtet 1862 von zwei Kindern (Geschwister) aus
bei Göttingen, das eine, ein Junge, starb im Alter von etwa 13 Jah
andere, ein Mädchen, lebte, damals 20jährig, noch. Die nähere Unte
wurde verweigert.

---

[1]) Archiv f. Anthropologie II. 1867 S. 129.
[2]) Jb. f. Kinderheilk. 3. F. IV. 1902 S. 123.
[3]) Arch. f. Psych. 16, 1885 S. 210.
[4]) Annales médico-psychol. 3. Série Vol. II (Tome XXV) 1856
[5]) Vorstudien zur Morphol. des Gehirns usw. II. Abhandl. Götting

Digitized by Google

s merkwürdigste Beispiel ist wohl die Familie Becker aus Offen-
über deren Kinder Untersuchungen von *Bischoff*[1]), *Rüdinger*[2]),
Flesch[4]) und *Marchand*[5]) vorliegen. Es handelt sich in diesem
f Geschwister. Die Kinder der Familie waren im ganzen folgende
lter geordnet.

2. normal.

rokephales Mädchen (Helene), gestorben mit 8 Jahren. Hirn-
gr. Größe des Cynocephalus-Gehirns.

dchen (Katharina), gestorben mit 8 Tagen. Hirngewicht 109 gr.
g entprach dem 7. Fötalmonat. *Rüdinger* bemerkt dazu, daß
enheit der Furchen und Windungen, wie der Gesamthabitus des
ht die Verwandtschaft mit dem Gehirn der älteren Schwester
sse. Dasselbe gelte auch für den nächsten Fall, der noch
ner war.

dchen, gestorben im Alter von 15 Jahren. Hirngewicht 152 gr.
abe (Franz), gestorben im Alter von 9 Jahren (*Flesch*). Das
ist nicht festgestellt. (Starker Hydrocephalus internus.)

chen (Margarete). Schädelmessungen liegen vor von *Virchow*,
d *Marchand*. Der Horizontalumfang betrug mit 14 Jahren 38 cm

ei Geschwister, vorgestellt von *Laborde*[6]) in der Pariser Akademie,
us Griechenland. Eltern gesund, keinerlei Belastung. Die drei
en sind die ersten Kinder, zwei Jahre nach dem jüngsten sind
r noch zwei gesunde Kinder geboren.

rgarete, 12 Jahre alt, Kopfumfang 35. Sehr agiles Wesen, etwas
ebückter Gang (wie aufrecht gehende Anthropoiden). Pes valgus.
ulierte Laute, Sinnesorgane gut, ißt nicht allein, unsauber.

olas, 10 Jahre, Kopfumfang 38 cm.

on, 8 Jahre, Kopfumfang 39 cm. Dieser und der vorhergehende
ryptorchismus und Hypospadie.

Familienähnlichkeit der drei Kinder. Der Befund bei Margarete
uf die beiden Brüder zu. Der jüngste ist am wenigsten idiotisch,
idet sich dadurch, daß er helle Gegenstände beobachtet und
sse schenkt.

—

. der Kgl. bayer. Akad. d. Wissensch. II. Kl. Band 9, 2. Abt.
73.

ch. med. Wochenschr. 1886 S. 171, 185, 206. Verh. Berl. Ges.
1883.

. klin. Wochenschr. 1884 S. 691.

zburger Festschrift, Leipzig 1882.

a acta Leop.-Carol. Band 55 Nr. 3. Halle 1890.

etin de l'acad. de médecine. Paris. 3. Série, tome XXXII S. 497.

Digitized by Google

In der Literatur finden sich auch sonst Notizen üb
achtungen, welche das Vorkommen der Mikrokephalie
Familie betreffen. Die Nachrichten sind aber oft sehr
weil die Gelegenheit, die ganze Generation zu untersuche
und demselben Beobachter nicht immer gegeben war.
Tat scheint es, daß die Familiarität der Mikrokephalie n
häufiger ist, als nach den sicher konstatierten Befund
nehmen wäre; in der Anamnese der Fälle findet sic
erwähnt, daß ähnliche mißbildete Geschwister vorhande
viele erreichen nur ein niedriges Lebensalter.

Einer der interessanten Fälle von *Giacomini*[1]) stammt aus
milie mit sieben Kindern, es waren zwei davon mikrokephal (Beol
Seite 8). Sonstige Fälle sind durch *Forel*[2]) bekannt geworden,
ferner die drei Geschwister von *Riola* hierher (beschrieben von
Altana[4])). Ob die sogenannten Azteken, die *Marchand* (a. a. O.
wähnen, Geschwister waren, ist mir nicht bekannt.

VII. Ein hochinteressantes, aus neuester Zeit sta
Beispiel für die Familiarität dieser Affektion ist die Fa
aus der Frankfurter Gegend (Altenheim bei Soden im
von *Weygandt* in seinem Referat[5]) erwähnt. Die nachs
Angaben verdanke ich der gütigen Mitteilung von Herrn
Weygandt, der die Kinder, die im Frankfurter Panoptil
Zeitlang als Azteken ausgestellt waren, eingehend unters

Die Kinder stammen von gesunden Eltern. Vater nicht Pot
Anhaltspunkt für Lues in der Anamnese. Im ganzen acht Kinde
größten sind gesund und ohne auffallende Eigenschaften. Die dr
sind die nachstehenden:

1. Anna G., geb. 12. Mai 1890, Körperlänge 149,8. Horizo
42, Ohrbogen 23,5, Stirnhinterhauptslinie 24,5. Vorstehender Oberk
umfang 50. Reflexe lebhaft, R. = L., grimassiert etwas.

2. Lisbeth G., geb. 19. Juni 1891, Körperlänge 144,2.
umfang 43, Ohrbogen 22,5, Stirnhinterhauptslinie 25,0. Pupillen
Oberkiefer springt vor. Halsumfang 29. Patellarreflexe lebhaft.

---

[1]) I cervelli microcefali. Torino 1895.

[2]) Journal of nerv. and. ment. diseases 1886. Sitzung der An
Society.

[3]) Archiv. ital. per le malattie nervose, XIX. 1882 S. 457.

[4]) *Spallanzani*. Modena 1882 S. 546 (3 u. 4), nach *Pfleger*
zitiert. Obersteiners Arbeiten V, Wien 1897, S. 76.

,[1]) Ohrbogen 22, Stirnhinterhauptslinie 26,5. Pupillen reagieren umfang 28. Oberzähne vorstehend. Angedeutetes *Wildermuth*sches o Lisbeth.

ibilität und Schmerzempfindung bei allen intakt. Haben agiles agieren mit lebhaften Bewegungen auf Musik. Beachten gerne die , besonders bewegliche glänzende oder sonst auffallende Dinge. ı fixieren. Grete ist am gewecktesten, versteht einzelnes (Auf- aufzustehen usw.), erkennt einfachere Gegenstände. Zum Teil trifft für die beiden anderen zu. Ziemliche Übereinstimmung des Ver- i allen drei Schwestern.

Lisbeth und Anna ist die Schilddrüse etwas verdickt.

füge folgende Beispiele von familiärer Mikrokephalie (in der Anstalt zu Langenhagen beobachtet):

Familie K. In der Familie sind mehrfach Geistes- und Nerven- n vorgekommen. Von fünf Geschwistern sind drei Mikrokephalen. e entstammt der jüdischen Rasse. Von den beiden nicht hierher Kindern ist das eine normal und lebt gesund bei den Eltern, das rb an Krämpfen in frühem Alter. Die drei mikrokephalen Kinder nde:

nabe, geb. 1892, aufgenommen 1897. Epileptisch (Schädelumfang ogen 33,5, frontooccip. Durchmesser 15,6, biparietaler 12,4, Maße von fünf Jahren), gestorben mit neun Jahren. Hirngewicht 565. alus externus, Mikrogyrie des r. Temporallappens und beider Stirn-

nabe, geb. 1893, aufgenommen 1897. Epileptisch, teilweise spa- hmung, besonders der unteren Extremitäten. Pupillen R. = L., phaft auch an den oberen Extremitäten (Schädelmaße im vierten : Umfang 46, Ohrbogen 33, frontooccip. Durchmesser 15,4, biparie- gestorben mit zwölf Jahren. Hirngewicht 630 gr. Keine groben ungen, r. Hemisphäre etwas kleiner. Keine makroskopischen n Atrophie.

ädchen, geb. 1895, aufgenommen 1901. Spastische Parese der xtremitäten. Kopfmaße im Alter von sechs (und zehn) Jahren: (45), Ohrbogen 25 (25), frontooccipitaler Durchmesser 14 (14,5), 12,5 (12,5). Lebt zurzeit noch in der Anstalt, tiefstehender idio- egling. Keine Sprache. Unsauber. Ißt nicht allein, braucht zu . Aufmerksamkeit nur schwer zu fesseln. Zerkaut Bettzeug und Spielt nicht. Die beiden Brüder zeigten einen ähnlichen Status.

---

ese Horizontalumfangsmaße verstehen sich als gewöhnlicher (un- Herr Prof. *Weygandt* teilt mir noch ein weiteres von ihm ge- Maß mit, den Horizontalumfang 2 cm höher über dem unteren.

Digitized by Google

Die drei Geschwister sind vor ihrer Aufnahme sämtlich *logue* operiert worden.

IX. Familie B. Dieselbe ist angeblich nicht belastet. Von dern sind drei Mikrokephale. Im ganzen sind von den sieben im jugendlichen Alter gestorben, hiervon waren zwei mikrokephal, eine Mißbildung der Genitalien, wahrscheinlich Hermaphroditism Angaben hierüber fehlen mir leider. Von den drei lebenden sind und normal, ein mikrokephales Mädchen ist zurzeit in der Anst 1849, aufgenommen 1862. Die Kopfmaße sind zurzeit die folg fang 40, Ohrbogen 22, frontooccipitaler Durchmesser 11,5, bi Abstand der Processus zygomat. 10,5, Ohrkinnlinie 25. Recht t idiotischer Pflegling, aber nicht völlig ohne geistige Regungen. Umgebung an der Stimme (P. ist blind), hat einige Rudimente d verlangt gerne: „Buch lesen". Sauber, ißt allein, geschäftiges Aufmerksamkeit ziemlich rege. Beschäftigt sich meist mit einer anderen Patientin. Lenksam. Zuweilen erregt, macht dann S digungsversuche. Seit einigen Jahren treten epileptische Anfälle, Motilität im ganzen ungestört. Sensibilität stumpf. Reflexe s R. = L.

X. Familie V. Belastete Familie. Im ganzen drei Kinder, mikrokephal, eines gesund und normal. Die beiden Mikroke folgende:

1. Mädchen, geboren 1867, aufgenommen 1896. Kopfmaße mi Umfang 45,6, Ohrbogen 35, frontooccipitaler Durchmesser 15,1, 12,1. Körperlicher Befund ohne Besonderheit, Motilität und Se Ordnung. Patientin war bei den Zöglingen, stand über dem Durc Anstaltskinder. Gestorben mit 33 Jahren. Hirngewicht 645. Windungsbau, sonst keine groben Störungen des Aufbaues.

2. Knabe, geboren 1872. Wurde 1893 in die Heil- und Göttingen aufgenommen, innere Organe gesund. Tiefstehender Idi vorhanden, aber mangelhaft und schlecht artikuliert. Hatte k kenntnisse erworben. Stumpf. Kannte die Umgebung. Aufmerk fesseln. Begriffe sehr gering und mangelhaft. Aß allein, kon wesentlichen selbst bedienen (Aus- und Anziehen), war aber un den Bewegungen. Gestorben 1903. Maße des skelettierten Schä durchmesser 14,5, linker schräger Durchmesser 15, rechter schr messer 14. Kapazitität des Schädels 700, Hirngewicht 650. Wi zeigt nichts Auffallendes, keine groben Störungen im Aufbau nicht sonderlich verkleinert.

Die Zahlen betreffend den zuletzt genannten, in Göttingen b Fall verdanke ich der Freundlichkeit meines verehrten Lehrers, fessor *Cramer*.

Digitized by Google

Wie die Zusammenstellungen zeigen, sind die

ı gehalten. Würde man auch die weniger ausgesproche-
le berücksichtigen, also das, was *Thurnam*[1]) nach den
des Hirngewichts als beginnende Mikrokephalie bezeich-
würde sich noch weit mehr finden lassen. Die Endo-
wird aber vor allem durch das Zusammentreffen von
ch zum Teil auffallend gleichartigen Fällen in derselben
illustriert. Der endogene Faktor, der für die Mikro-
dabei in Betracht kommt, spricht sich auch in der Tat-
ıs, daß in den Familien anderweitige Affektionen des
stems (Tod der Kinder an Krämpfen) und Zeichen ge-
italer Energie (große Kindersterblichkeit), sowie ander-
Mißbildungen vorkamen. Die Familien sind großenteils
Es ist die Tatsache, daß die Mikrokephalie als fami-
ektion vorkommt, längst bekannt, meist findet man all-
Angaben darüber. Neues Material zu dieser interessanten
ndet daher vielleicht einiges Interesse, besonders auch
m allgemeinen Gesichtspunkt, auf den *Marchand*[2]) hin-
ämlich bezüglich des Verhaltens der Hirngewichtszahlen
ıwistern.

---

urnal of mental science, XII, 1866 Nr. 57.
bh. Kgl. Sächs. Ak. Wiss., Bd. 46, Leipzig 1902.

Digitized by Google

Beitrag zur Lehre von den Intoxikatio psychosen.[1])

Von

Dr. **P. Schröder**, Privatdozent

Bei den Intoxikationspsychosen hat die anscheinen Übersehbarkeit des ursächlichen Zusammenhanges zwische lichkeit und Erkrankung dazu geführt, daß sie seit lan in den verschiedensten psychiatrischen Systemen zu eine vereinigt wurden; diese Zusammenfassung wurde durch stand begünstigt, daß die Erscheinungsformen dieser S viel Gleichartiges haben.

Bei näherer Beschäftigung mit ihnen hat sich da dings gezeigt, daß die Verhältnisse ganz so einfach nicl Der Begriff Intoxikationspsychose ist zunächst ein re logischer. Nun ist aber, was wir klinisch über das V von Ursache und Wirkung beobachten können, streng g stets nur das post hoc; das propter hoc kann immer oder weniger wahrscheinlich gemacht werden, wahr durch die enge zeitliche Aufeinanderfolge, durch den A anderer ursächlicher Momente und schließlich durch fahrung, daß auf die gleichen Ursachen immer wieder, großen Reihe von Fällen, die gleichen Erscheinungen fo schwierigsten wird es stets sein, mit Sicherheit auszu daß nicht als Ursachen noch andere Momente gleichz wirken, und daß andersartige Zwischenglieder sich ei

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik zu Breslau. Nach eine Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Mü gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

wesentliche, in der Psychiatrie längst anerkannte
keit liegt darin, daß die Objekte, auf welche die Schäd-
wirken, nicht einander völlig gleich sind; die Psychiatrie
der Lehre von den Ursachen des Irreseins einen großen
r Abweichungen der Individuen von der Norm, vom
itt „innere Ursachen".

achlässigt man einmal diese sogenannten inneren Ur-
ndererseits die Zwischenglieder und eventuelle andere
rsachen, so kommt man bei Betrachtung der auf Ver-
folgenden psychotischen Zustände zu *Wernickes* schein-
radoxon: gleiche Ursachen verschiedene Wirkungen, un-
sachen gleiche Wirkungen. Dann ist eine ätiologische
fassung von Krankheitsbildern überhaupt fruchtlos und
chtet konsequenterweise am besten ganz darauf.

isch spielt bei uns zu Lande von allen Giften der
die bei weitem wichtigste Rolle. Der Psychiater hat
Gelegenheit, sich mit dem Alkoholismus zu beschäftigen,
er die psychischen Folgezustände anderer Gifte nur sehr
ner zu Gesicht bekommt. Schilderungen über solche
häufig von Nicht-Psychiatern und sind in der medizini-
ratur weit zerstreut; erst in der letzten Zeit finden sich
nstellungen über die Wirkungen einzelner Gifte von
scher Seite.

st dem Alkohol ist es das Morphium, das Kokain und
wachsende Reihe von gewohnheitsmäßig genommenen
und Schlafmitteln, welche das Hauptinteresse der Psy-
Anspruch nehmen. Von diesen Mitteln wissen wir,
st ausschließlich absichtlich, zur Erzielung bestimmter
n, genommen werden; wir wissen ferner, daß die Indi-
elche sich dieser Stoffe bedienen, der Mehrzahl nach
der Psychopathen sind. Wir werden deshalb, wenn wir
Aufnahme solcher Gifte sich entwickelnden psychischen
vom rein ätiologischen Standpunkt aus zu betrachten
t stets auch an das Vorhandensein anderer ursächlicher
denken müssen. Das kompliziert die Verhältnisse und
weniger eindeutig. Aus diesem Grunde sollen für die

Digitized by Google

bleiben und lediglich solche Gifte herangezogen werden, diese komplizierenden subjektiven, schon die Aufnahme bedingenden Momente fehlen, und bei welchen die Ko mit anderen Faktoren, welche an sich als Ursache Entstehen von psychotischen Zuständen gelten, nicht gehört.

Es sind die hier in Betracht kommenden Stoffe solch ohne Wissen und ohne Willen der Kranken in den O eingeführt worden sind, sei es mit der Nahrung (Ergot Unglücksfälle (Kohlenoxyd), infolge beruflicher Schä (Blei) oder als ärztlich verordnete Arzneimittel (Jodofor säure). —

Das am meisten verbreitete und bezüglich seiner V am besten bekannte dieser Gifte ist das Blei. Die psy Zustände bei Bleiintoxikation sind kurze, höchstens ei Wochen, selten einmal länger dauernde Zustände von V heit und Benommenheit, entweder mit mehr ängstlichem oder aber mit mehr stuporösem Verhalten, dazwische sich Erregungen ein. Was die Zustände besonders char ist, daß sie stets nur Episoden darstellen im Verlauf ein schen Bleivergiftung, d. h. daß sie gelegentlich auftret dem schon monate- oder jahrelang die vielfachen u körperlichen, nervösen und zerebralen Zeichen der Bleiin bestanden hatten; sie bilden nur eine der Gruppen von Störungen bei der Bleivergiftung. In der überwiegend zahl der Fälle erhalten sie ferner eine besondere Färb die engen Beziehungen zur Epilepsie; epileptiforme Anf die psychotischen Zeiten sehr häufig ein, epileptiform treten auch im weiteren Verlauf noch hie und da auf, wenn solche Anfälle nicht vorhanden sind, fällt in viel die Ähnlichkeit der Zustände mit epileptischen Dämme ins Auge. Die Prognose ist, wenn nicht der Tod eintrit Nur wird gelegentlich von nachfolgenden psychischen S zuständen berichtet, welche sich nur allmählich und ständig ausgleichen.

Digitized by Google

Bezüglich des Ergotins haben wir eine ausgezeich

über eine Epidemie aus den Jahren 1879—1880 im burger Kreise. Die Publikationen darüber sind wohl die nd vollständigste Reihe von Beobachtungen über die eines bestimmten Giftes, welche wir überhaupt in der ischen Literatur besitzen. Auch bei der Ergotinvergiftung ie psychischen Störungen, ganz wie beim Blei, nur Teilngen einer allgemeinen Intoxikation dar, welche neben ner Kachexie, allen möglichen körperlichen, nervösen und n Störungen auch solche psychischer Art macht; im nen Krankheitsbilde dominiert die oft hochgradige Verng, Bewußtseinstrübung, Benommenheit; daneben spielen pileptische Anfälle eine große Rolle, wenn auch die ganze der Zustände nicht so ausgesprochen epileptiform zu sein vie beim Blei. Der Ausgleich der Störungen erfolgt sehr samer und meist sehr viel weniger vollständig als beim va $^3/_4$ der beobachteten Fälle haben mehr oder minder dauernde Defekte und besonders Epilepsie zurückbehalten. der Sturm- und Drangperiode des Jodoforms (Anfang iger Jahre) sind von den Chirurgen zahlreiche Jodoformn beobachtet worden, die in leichten Fällen sich durch e delirante Unruhe (nachts stärker als am Tage) kennin schwereren das Bild der akuten Verworrenheit haben gradiger Bewußtseinsstörung, Benommenheit, deliranten tionen, unterbrochen von motorischen Erregungszuständen uchtsanfällen; in ganz schweren, meist zum Tode führenden kommt das Bild durch die tiefe Benommenheit, Nackenahnförmige Einziehung des Leibes und Konvulsionen Ähnnit der Meningitis.

liche, aber stets leichtere psychotische Erscheinungen sind ägigem Gebrauch von Salizylsäure beschrieben worden. die psychischen Störungen bei Kohlenoxyd-Vergiftung ganz neuerdings wieder *Sibelius* die Aufmerksamkeit der r gelenkt. Ist die Intoxikation schwer genug und führt sofort zum Tode, so schließen sich gern an sie an, direkt oder nach einem Intervall von einigen Tagen bis eren Wochen, schwere Störungen seitens des Gehirns,

Digitized by Google

hungen zum Tode führen. Psychisch stehen auch hier w
Vordergrund: Benommenheit, Apathie, Stupor; dazu
gehende Erregungszustände und ganz vereinzelte schwac
Wahnideen; außerdem finden sich vielfach Lähmungen, A
Hemiopie, epileptische Anfälle, Inkontinenz und andere a
Läsionen des Zentralorganes hinweisende Symptome. —

Überblickt man die psychotischen Erscheinungen
giftung mit den angeführten, chemisch sehr verschiede
Stoffen (Blei, Ergotin, Jodoform, Salizylsäure, Kohleno
fällt ohne weiteres auf, daß sie symptomatisch einand
nahe stehen, daß sie zum mindesten eine ganze Reihe
samer, das Bild beherrschender Züge haben; das sind
Linie: die schwere Bewußtseinstrübung, die Neigung zu
anfällen, zu deliranten Zuständen, zu motorischen Erreg

Diese Symptome treten im einzelnen bei den versc
Vergiftungen in verschiedener Intensität und in versc
Mischung auf, sie geben aber in ihrer Gesamtheit allen
meinsames Äußere.

Charakteristisch für diese Gruppe von psychischen S
ist ferner ihre kurze Dauer, ihr rasches Abklingen und i
denz zur Restitution; was vielfach zurückbleibt, sind
psychische Schwächezustände ohne Neigung zur Pro
Gleichzeitig mit den psychotischen Erscheinungen fin
stets mannigfaltige körperliche und nervöse Störungen
druck einer allgemeinen Schädigung nicht nur des Nerve
sondern des ganzen Körpers. Die psychischen Störunge
im Vordergrund stehen und das ganze Bild beherrsc
können aber auch nur kurze vorübergehende Episoden d

Symptomatisch am nächsten stehen diese psychis
stände nach Vergiftungen denjenigen, welche wir nic
als interkurrente Erscheinungen bei den verschiedensten
organischen Schädigungen des Gehirns, bei Tumoren, Sc
letzungen, Meningitiden, ferner im Verlauf der sog. hir
schen Prozesse beobachten (ganz besonders fordert z
gleich heraus die progressive Paralyse). Beim Kohleno
das so weit, daß man besser überhaupt nicht von einer

für die Lehre von den Intoxikationspsychosen wichtige
eidung, welche nicht immer genügend beachtet wird, ist
chen akuten und chronischen Vergiftungen. Weiter ist
Verständnis dieser Erkrankungen von Bedeutung die Un-
ung zwischen direkter und indirekter Wirkung der Gifte.
kennen eine ganze Reihe von Stoffen (Narcotica, Ex-
usw. der Arzneimittellehre), welche, in den Körper in
er Menge eingebracht, bei jedem Menschen nach ein-
Dosis, wir wir annehmen müssen unmittelbar, als direkte
auf das Gehirn Zustände hervorrufen, die wir je nach
heinungsformen als Schlaf, Benommenheit, Rausch, Er-
usw. bezeichnen. Ob es aber überhaupt Stoffe gibt,
ach einmaliger Verabreichung bei Gesunden als direkte
ng Psychosen erzeugen, muß nach unseren heutigen
sen zum mindesten recht fraglich erscheinen. Wo wir
ftreten sehen, handelt es sich wohl stets um Zustände,
urch die Giftgabe nur ausgelöst worden sind (patholo-
äusche, hysterische Zustände u. ähnl.).
man beim Kohlenoxyd von Psychosen im engeren Sinne
es nicht reden kann, ist bereits erwähnt worden. Beim
und bei der Salizylsäure ist immerhin auffällig, daß
hischen Störungen sich oft schon nach wenigen Tagen
. Ob hier andere Verhältnisse vorliegen, wie bei der
der Gifte, und ob die Störungen, die nach ihrer Auf-
uftreten, anders zu beurteilen sind, muß noch dahin-
leiben. Bezüglich der Salizylsäure-Psychosen wird von
oren hervorgehoben, daß sie fast ausschließlich bei schwer
, oder aber bei kachektischen, heruntergekommenen In-
auftreten, bei Individuen, die obenein fast alle an
en Erkrankungen (Grund der Anwendung des Mittels)

nfalls steht fest, daß bei den überhaupt praktisch für
iatrie in Frage kommenden Giften sich psychische Stö-
tets erst nach chronischer Intoxikation, oft erst nach
ntwickeln.

Digitized by Google

Verlauf solcher chronischen Intoxikationen sehen wir

1. daß psychische Störungen auftreten bei Giften,
chen wir als Folge einmaliger Aufnahme keinerlei Einw
auf das Gehirn kennen (Blei, Ergotin),

2. daß bei Giften, welche nach einmaliger Anfnahr
die psychischen Funktionen beeinträchtigen, psychische S
sich entwickeln, welche ganz anderer Art sind, als die
Wirkungen,

3. daß die zur Entwicklung kommenden Störungen
allerverschiedensten Giften in weitem Maße einander
sind[1]) (Blei und Ergotin untereinander, und beide zusam
dem Alkohol).

Diese Tatsachen scheinen mir nur durch die Anna
klärbar zu sein, daß es sich bei der geschilderten Gru
akuten psychotischen Zuständen im Verlauf chronische
kationen nicht um direkte Wirkung der betreffenden Gifte
sondern daß irgendwelche Zwischenglieder vorhanden si
wird sich vorstellen müssen, daß das Gift irgendwelch
meinen körperlichen Veränderungen setzt, und daß erst
Boden dieser Veränderungen sich gegebenenfalls akute ps
Störungen entwickeln. Es sind das Anschauungen, z
schon *Siemens* und *Tuczek* auf Grund ihrer Beobachtung
Ergotismus gekommen sind, und welche in letzter Zeit
für den Alkoholismus ausgesprochen wurden.

Von diesen „Zwischengliedern" werden wir weiter a
müssen:

1. daß sie eine gewisse Selbständigkeit haben,
einmal da sind, daß sie durch das betreffende Gift
immer wieder angefacht und dauernd erhalten werden,

2. daß sie bei den verschiedensten Giften gleichar
wenigstens ähnlich sind und nur Nuancierungen durch
sonderheiten der einzelnen Gifte erhalten.

---

[1]) *Heibergs* Versuch (Zentralbl. f. Nervenk. 1902), einer
Systematik der Intoxikationspsychosen die Gruppierung der Krankh
der chemischen Verwandtschaft der wirksamen Stoffe zugrunde
erscheint mir wenig glücklich und findet in der klinischen Erfahr
Rückhalt. *Heiberg* macht meines Erachtens den Grundfehler, daß
scharf genug zwischen akuter direkter Wirkung der Gifte auf die ps

ganze Reihe von klinischen und anatomischen Tatsachen
für, daß für diese Vermittlerrolle in erster Linie das
m (seine Wandung oder sein Inhalt) in Anspruch zu
t.

iesem einen Zwischengliede werden wir wahrscheinlich
kuten psychotischen Zuständen im Verlauf chronischer
nen rechnen müssen. Welche anderen Momente als
nde oder auslösende Faktoren außerdem noch in Be-
mmen, entzieht sich noch fast völlig unserer Kenntnis;
g wissen wir Genaueres darüber, wieweit selbst bei
n Giften wie Ergotin und Blei das Bestehen „innerer
eine Rolle spielt. Daß die Aufnahme des Giftes in
r allein nicht genügt, um in jedem Falle psychische
hervorzurufen, das lehrt die täglich zu machende Er-
es erkrankt unter anscheinend völlig gleichen Bedin-
ts nur ein Teil der der Giftwirkung ausgesetzten Indi-

besprochenen Formen psychischer Störungen bei den
n Giften lassen sich leicht in eine Gruppe zusammen-
ür den Nachweis, daß es sich im einzelnen bei ihnen in
n Folgezustände der Giftwirkung handelt, daß es also
ist, bei ihnen von Intoxikationspsychosen zu sprechen,
vor allem die klinische Erfahrung geltend machen, daß
ankungsformen häufig sind, und daß wir sie in einer
he von Fällen immer wieder in der gleichen Art sich
sehen; dazu kommt die Möglichkeit, sie klinisch als
dere Gruppe zu umschreiben und sie von der Mehrzahl
ychosen abzugrenzen.
nun natürlich nicht von der Hand zu weisen, daß
en gut charakterisierten und gut bekannten Formen
e vorkommen, die in Erscheinungsformen, Verlauf und
on diesen abweichen. In der Literatur finden sich solche
n ganz andersartiger Erkrankungen nach Vergiftung
Jodoform und Kohlenoxyd; es finden sich ferner Mit-
von Intoxikationspsychosen nach Aufnahme weiterer
lche hierher gehören würden, z. B. Schwefelkohlen-

Digitized by Google

Ich habe darauf hingewiesen, daß schon bei den ges
Formen, wenn man etwas genauer zusieht, die ätiologis
hältnisse nicht ganz einfach liegen; zwischen Giftwirk
Psychose schieben sich Zwischenglieder ein, und wir ha
Grund anzunehmen, daß die gleichzeitige Mitwirkung an
nicht bekannter ätiologischer Momente von Bedeutun
würde sich also, streng genommen, schon bei ihnen
eine einzige Ursache handeln, es wäre schon bei i
Bezeichnung Intoxikationspsychose eine Denominatio
Doch treten hier diese anderen ursächlichen Faktoren an
so weit zurück gegenüber der Rolle, welche die betreffe
in der Entstehungsgeschichte der Störungen spielen, da
zeichnung Intoxikationspsychosen durchaus berechtigt
gleiche scheint mir bei der Mehrzahl der in der
beschriebenen Fälle andersartiger Erkrankungen nach Ve
mit den angeführten Stoffen nicht der Fall zu sein. Dah
ich u. a. zählen: die von *Bartens* seinerzeit beschriebe
von Bleipsychosen, die „Melancholien", welche als Folg
der Jodoformvergiftung von Chirurgen angeführt wor
sowie die Mehrzahl der von *Laudenheimer* als Schwefelk
Psychosen aufgefaßten Fälle.[1])

Es sind das Erkrankungen der allerverschiedensten
ihre Symptome, den Verlauf und den Ausgang betrifft, Erkr
die vielfach nur das eine gemeinsam haben, daß sie bei
zum Ausbruch gekommen sind, welche nachweislich der E
der betreffenden Gifte ausgesetzt waren, und welche zu
unzweifelhaften Folgen dieser Einwirkungen auf das Ner
und den übrigen Körper erkennen ließen. Bei der gr
schiedenartigkeit der Erkrankungen und der Unmöglic

[1]) Es ist der gleiche Einwand gegen *Laudenheimer* schon von ve
Seiten erhoben worden. Auch die ausführlich begründete Ste
Quensels für *L.* hat mich nicht überzeugen können. Die vier wei
welche *Quensel* seinen Ausführungen beifügt, sind meines Erac
anderer Art als das Gros der Fälle von *L.* Sie stehen ihrer Symp
nach den hier besprochenen Formen von Blei-, Ergotin- usw. Er
recht nahe: wenige Wochen bis höchstens einige Monate dauernd
von starker Verwirrtheit, Einengung des Bewußtseins mit lebhafter

Krankheitsformen abzugrenzen, fehlt vorläufig jede Hand-
nur mit einiger Wahrscheinlichkeit auszuschließen, daß
zufällige Komplikationen gehandelt habe. Allerdings
ei sehr vielen von ihnen nicht von der Hand zu weisen
das Gift bei der Entwicklung und bei dem Ausbruch
se eine — nicht genauer zu bestimmende — ätiologische
elt hat. Aber es fragt sich gerade, ob es empfehlenswert
solchen Umständen ohne weiteres von Intoxikations-
zu reden. Bei dem Streit um die Umgrenzung einer
gruppe nach ätiologischen Gesichtspunkten wird alles
kommen, welche Anforderungen der einzelne an die
arkeit des ursächlichen Zusammenhanges stellt. Wie
ein solcher Nachweis überhaupt ist, darauf ist eingangs
n worden. Für denjenigen, dem es für die Rubrizierung
ankung als Intoxikationspsychose genügt, wenn wahr-
gemacht werden kann, daß ein bekanntes Gift bei der
ng mitgewirkt hat, für den ist selbstverständlich der
oxikationspsychose sehr viel weiter, als er hier gebraucht
. Mit dieser Erweiterung büßt aber der Begriff seine
für eine streng wissenschaftliche Klassifizierung von
bildern ein; er verliert jede scharfe Grenze, und es ist
ur eine folgerichtige Weiterentwicklung, wenn *Meyer*
eise für den Alkohol zu der Anschauung gelangt: „Der
nus an sich kann jede Form der Geisteskrankheiten
n."

vir bei der sonst fast ausschließlich symptomatologischen[1])
rung von Krankheitsbildern in der Psychiatrie mit der
fassung von Gruppen nach ursächlichen Momenten noch
auf Schwierigkeiten stoßen, wo diese Gruppen sich nicht
g durch ihre klinischen Erscheinungsformen abheben,
ch. Um so mehr ist bei solchen Versuchen übergroße
als das kleinere Übel anzusehen. Die Lehre von den
der psychischen Erkrankungen ist noch ein recht dunkles
Die Wirkung eingeführter Gifte ist so ziemlich der einzige

Digitized by Google

Faktor, über welchen wir überhaupt Genaueres wisse
gegenüber steht ein ganzes Heer von ursächlichen M
welche sich unserer Kenntnis noch fast völlig entziehen
Einzelfall auszuschließen, sie auch nur als weniger hau
den zufällig bekannten gegenüber in den Hintergrund zu
dazu sollte man sich immer erst entschließen, wenn z
Gründe vorliegen. Sonst sinkt, auf die uns hier inter
Frage angewendet, der rein ätiologische Begriff Into
psychose zu einem wesenlosen, bedeutungslosen herab, au
man dann besser ganz verzichtet.

Digitized by Google

Geburtsstörungen und Epilepsie.[1])

Von

Dr. med. **Volland**, Anstaltsarzt.

Frage, ob Störungen im normalen Geburtsverlauf, nament-
traumatischen Einwirkungen der Zange am kindlichen
ungünstigem Einfluß auf die körperliche und geistige
ng des Individuums sein können, steht eine große Zahl
rtshelfern skeptisch gegenüber.

l[2]) verhält sich nicht ganz ablehnend, wenn er sagt: die Annahme,
die mit der Zange entwickelt wurden, häufig in ihrem weiteren
sychischen Störungen und Epilepsie leiden sollten, ist noch nicht
ber durch einzelne Beobachtungen nicht unwahrscheinlich gemacht.
glaubt, daß „nur in seltenen Fällen Beeinträchtigungen des
ädlich werden". *Savage* und *Krafft-Ebing* halten es für sicher,
tische Schädlichkeiten während der Geburt zur Idiotie führen
e größere Bedeutung messen sie jedoch den Schädlichkeiten bei,
r Geburt, in den ersten Jahren der Kindheit eintreten. *Stolper*[4])
en schweren Fall von Porencephalie eines Kindes, das nach zwei-
endauer mittels Zange bei verengtem Becken der Mutter geboren
Heranziehung der Literatur zitiert er *L. Meyer,* der gewisse
rmitäten bei originär Schwachsinnigen auf traumatische Einflüsse
r Geburt zurückführt. Auch *Winkler* und *Bollaan* haben bei zehn
e gekommenen Idioten Eindruckstellen am Schädel vorgefunden,
ein Trauma während der Geburt zurückführten. *Fletcher-Beach*
310 Idiotischen 35 Fälle = 4,3 %, wo das Instrument beschuldigt
nd 216 oder 26,6 % durch schwierigen Geburtsverlauf ohne Appli-
Instrumenten entstanden sein sollen. *Küntzel* führt 0,9 % seiner

---

der Anstalt für Epileptische in Bethel bei Bielefeld.
rbuch der Geburtshilfe, 1898.
hologie und Therapie, 1876.
rteljahrschrift für gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen,

Digitized by Google

hilfe zurück. *Wulff*,[1]) der eine Reihe einschlägiger Fälle von Z
resp. von schwierigem Geburtsverlauf und späterer Idiotie samm
selbst diesbezügliche Untersuchungen bei 1436 Idioten verschieden
an. Unter diesen ließen sich 198 mal, also in 13,8 % aller Fälle a
erhebliche Kopfinsulte vor und während der Geburt und im ers
jahr feststellen. Von diesen 198 Idioten wiesen 101 = 51 % alle
liche Belastung als konkurrierendes Moment auf, wodurch all
Kopftraumen in ihrer Bedeutung für die Entstehung des späteren
eine Einschränkung erfahren. 43 Fälle = 21,7 % waren epileptis

In Rücksicht auf die hervorragende Rolle, die g
Schädeltrauma im allgemeinen für das Zustandekommen
lepsie spielt, ist es natürlich von Interesse, die Ansc
der Autoren zu hören, die speziell mit dem Studium der
sich beschäftigt haben, und zu erfahren, welche Bede
den traumatischen Schädlichkeiten während der Gebur
Zustandekommen der Epilepsie beimessen.

Féré[2]) äußert sich wie folgt: „Gewissen Umständen bei
hat man die Epilepsie beim Kinde die Schuld gegeben. So ist
(*Bourneville*) scheinbarer Tod des Kindes, Asphyxie durch Umsch
Nabelschnur um den Hals, langes Verweilen im kleinen Becken,
des Forceps beobachtet worden. Ob diese Dinge wirklich die ihne
Rolle spielen, ist schwer zu sagen. Aber sie verdienen genannt
Einen entschiedenen und klaren Standpunkt nimmt *Binswanger*[3])
grundlegenden Werke ein. Bei Erörterung der verursachenden Fa
epileptischen Veränderung zieht er die neuro- resp. psychopathis
position des Individuums heran, die er in 1. vererbte, 2. intraut
während des extrauterinen Individuallebens erworbene einteilt.
bene Prädisposition des Individuums und damit eine gesteigerte Ve
des Zentralnervensystems liegt unter anderem nach *Binswanger* au
Fällen vor,[4]) „in welchen traumatische Schädigungen des Schädel
Gehirns während des Geburtsaktes die Grundlage einer d
Beeinträchtigung des Nervensystems bilden."

Er lenkt hierbei unter Heranziehung eines typischen Kranl
die Aufmerksamkeit auf diejenigen Fälle, wo gröbere Verletzungen
mit sichtbaren Folgen fehlen und die bei der Geburt entstanden
kompression infolge von Forceps oder forcierter Wendung sich

---

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1893, Bd. 49.
[2]) Die Epilepsie, 1899.
[3]) Die Epilepsie, 1899.

Digitized by Google

hne zuerst scheinbar nachteilige Folgen für die Entwicklung des hinterlassen.

asser hat es im folgenden versucht, 1500 Fälle des hiesigen naterials durchzumustern, um sich von der Bedeutung rtsstörungen als prädisponierenden Faktors für die Entder Epilepsie zu überzeugen, und hierbei 45 Fälle vor-

Diese 45 Fälle = 3 % wurden von folgenden Gesichtsgeprüft: Hereditäre und familiäre Verhältnisse, Geburtsnd Entwicklungsgang, Auftreten der epileptischen Insulte, ner Befund, geistiger Befund, besondere Merkmale bei llen. Da es nun zu weit führen würde, alle die Krankenen hier aufzuführen, so wurde das Resultat der Unterin die vorliegende Übersicht zusammengefaßt, bei der eidung mit und ohne neuro- resp. psychopathische Beorgenommen wurde.

A. Fälle mit hereditärer Belastung.

burtsverlauf:

Zange . . . . . in 6 Fällen

Schwere, langandauernde, spontane Geburt mit nachfolgender Asphyxie . . . . . „ 5 „

Gesichtslage . . . . . „ 1 „

Fußlage . . . . . „ 1 „

ftreten der epileptischen Anfälle:

) Während der ersten Dentition

1. ohne nachweisbare Ursache . . . in 4 Fällen
2. im Anschluß an körperliche Krankheiten . . . . . „ 2 „
   (Einmal während Pertussis, einmal im Anschluß an Darmkatarrh und Lungenentzündung.)

) Während der zweiten Dentition

1. ohne Gelegenheitsursache . . . . . in 4 Fällen
   (in einem Falle zuerst Konvulsionen im 5. Monat, dann Pause bis zum 6. Jahr, dann Einsetzen der epileptischen Insulte; in einem anderen Falle während der beiden ersten Jahre Konvulsionen)
2. mit Gelegenheitsursache (Schreck,

Digitized by Google

c) In der Pubertät . . . . . in 1 Fall
(mit Gelegenheitsursache: Schlag auf den Kopf)

d) Nach der Pubertät . . . . . in 1 Fall
(einmal im 18. Jahre, einmal im 21.).

III. Körperliche Abweichungen:

Leichte Assymmetrie des Schädels . . . . . in 1 Fall
Steile Stirn . . . . . „ 1 „
Ungleichheit der Pupillen . . . . . „ 2 Fäll
Hemiplegie (gleich im Anschluß an die Geburt nach Gesichtslage) . . . . . „ 1 Fall
Fazialisparese . . . . . „ 1 „

IV. Geistiger Zustand:

Schwachsinn . . . . . in 7 Fäll
Idiotie . . . . . „ 2 „

V. Besonderheiten bei den Anfällen:

Vorwiegend Zuckungen im Fazialisgebiet . . in 1 Fall

B. Fälle ohne erbliche neuro- resp. psychopathische Bela

I. Geburtsverlauf:

Zangengeburten . . . . . in 24 Fäll
Langdauernde spontane Geburten, meist mit nachfolgender Asphyxie . . . . . „ 5 „
Wendung und Extraktion . . . . . „ 1 Fall
Schwere Geburten ohne nähere Angaben . „ 2 Fäll

II. Auftreten der Anfälle:

a) Vor der ersten Dentition
1. ohne Gelegenheitsursache . . . . in 3 Fäll
(in einem Falle vom zweiten Lebenstage an)
2. mit Gelegenheitsursache . . . . . „ — „

b) Während der ersten Dentition
1. ohne Gelegenheitsursache . . . . in 2 Fäll
2. mit Gelegenheitsursache . . . . . „ — „

c) Während der zweiten Dentition
1. ohne Gelegenheitsursache . . . . in 10 Fäll
(in einem Falle Konvulsionen im 11.—12. Monat)
2. mit Gelegenheitsursache . . . . . „ 3 „
(Sturz in kaltes Wasser, Sturz von

Google

d) In der Pubertät

1. ohne Gelegenheitsursache . . . . in 4 Fällen
2. mit Gelegenheitsursache . . . . . „ — „
(in einem der vier Fälle bei 1 Konvulsionen während Brechdurchfall im Alter von vier Monaten)

e) Nach der Pubertät

1. ohne Gelegenheitsursache . . . . in 3 Fällen
(in einem Falle urämische Konvulsionen im siebenten bis achten Lebensjahre).

örperliche Abweichungen:

Zangenkompressionen am Schädel	in	3 Fällen
Nystagmus rotatorius	„	1 Falle
Strabismus divergens	„	1 „
Geringe Mikrokephalie	„	1 „
Choreatische Zuckungen	„	2 Fällen
Zerebrale Kinderlähmung	„	7 „

ychische Abweichungen:

1. Schwachsinn	in	12 Fällen
2. Idiotie	„	8 „

sondere Merkmale bei den Anfällen:

ttelbar vor dem Anfall:

Ziehende Schmerzen an der Stelle der Zangenimpression	in	2 Fällen
Krampfhafte Zusammenziehung der Zunge .	„	1 Falle
Ziehendes Gefühl im linken Fuß, das dann den Körper hinaufsteigt	„	1 „
Zittern und Ziehen am Hals	„	1 „
Zucken im linken Arm	„	1 „

aus der Übersicht hervorgeht, weisen von den 45 Fällen eichungen vom normalen Geburtsverlauf 13 Fälle herelastung als konkurrierenden Faktor für das Zustandeder Epilepsie auf. Es ist einleuchtend, daß beim Zureffen der beiden Faktoren eine gesteigerte Prädisposition ankung des Individuums vorliegt. In 6 Fällen fand sich cht neuropathisch Belasteten Tuberkulose in der Aszendenz, *Binswanger* (S. 85) als keimschädigende Ursache in kommt. *Binswanger* schließt sich im übrigen *Hasse*

Digitized by Google

in einer Familie einen inneren genetischen Zusammenhang
Tuberkulose und Epilepsie in Abrede stellen. — Noc
Worte zur Erläuterung der Übersicht. Nur in 3 Fälle
sich bei unserm Material mit Sicherheit die Schädelveränd
auf traumatische Einwirkungen während der Geburt zurü
In einem dieser Fälle handelte es sich um ein blödes K
seit den ersten Lebenstagen epileptisch, im Alter von
verstarb. Intra vitam bestand eine Parese des entgegen
Fazialis und eine geringere Entwicklung des entgegen
Armes, bei der Autopsie fand sich makroskopisch außer ch
Leptomengitis und Granulierung des Ependyms in den
ventrikeln nicht einmal eine deutliche Assymmetrie im
Hemisphären, von gröberen Veränderungen ganz zu sc
Außer dem genannten Falle stehen noch zwei Autop
Verfügung. In beiden Fällen handelte es sich gleich
Idioten, beide durch Forceps geboren, von denen der eine
der andere im 4. Jahre verstarb. Bei dem 17jährig
mütterlicher Seite tuberkulös belastet, fand sich makro
nur eine chronische Leptomengitis. Die Epilepsie hatte sich
der zweiten Dentition eingestellt. Der vierjährige, vo
tuberkulös belastet, zeigte Entwicklung von kleineren und
Hirntuberkeln im rechten Stirnhirn und der motorischen
Kundrat, Lambl, Schüle und *Kocher* haben für manc
von Porencephalie Schädelkompression während der G
Ursache angenommen, auch *Stolper* (siehe oben) sezie
solchen Fall. Unter etwa 100 Autopsien von Epileptik
Verfasser einen typischen Fall von Porencephalie, bei de
die nachträglich angestellte Erkundigung einen normalen
verlauf und Fehlen jeglicher traumatischer Schädlichkeit
Bei der Durchsicht und Untersuchung aller Fälle wu
darauf geachtet, ob die epileptischen Insulte bei d
bestimmte Merkmale darbieten, die auf umschriebene kr
Herde in der Hirnrinde hindeuten. Die Entstehung sol
schriebener Hirnherde beim Durchtritt des Schädels d
verengte und deformierte Becken der Mutter ist wohl
wenn man bedenkt, welche schweren Läsionen der

Digitized by Google

zuweilen aufweisen kann (vgl. die entsprechenden Ab-
der geburtshilflichen Lehrbücher).

auch durch peripherische, gleichmäßige Kompression
els entstehen bekanntlich intrakranielle Blutergüsse, die
oder schädigend auf die Hirnsubstanz einwirken können.
wird ja schon intrauterin durch den gesteigerten Hirn-
Tod des Kindes herbeigeführt. Die Untersuchungen
Hinsicht ergaben nur wenig; vgl. die Übersicht A Nr. V
r. V. Für solche Fälle, in denen die Aura auf ein
s Hirnrindengebiet hindeutet, wäre es ja denkbar, daß
hädlichkeiten während des Geburtsaktes Hirnrinden-
ngen entstanden sind, die, nach *Binswanger* einen
Reiz ausübend, zu veränderten Erregbarkeitszuständen
rns d. i. zur epileptischen Veränderung Veranlassung

rklärt sich nach dem genannten Autor die Epilepsie
auch in den Fällen, wo die pathologischen Prozesse
ralen Kinderlähmung sich in der Hirnrinde abgespielt
Unter den vorliegenden 45 Fällen von Geburtsstörungen
psie finden sich 7 Fälle, die sämtlich keine neuro- resp.
hische Belastung aufweisen, und bei denen wohl nicht
tsstörung sondern in erster Linie die organische Hirn-
g als Ursache für den veränderten Erregbarkeitszustand
ns anzusehen ist. Auf diese 7 Fälle bezieht sich folgende
(s. S. 732).

auch die Zahl der vorliegenden Fälle eine sehr geringe
ihren sie doch hinsichtlich ihrer Entstehung zu der
g, daß die traumatischen Schädlichkeiten während des
tes das Gehirn für die Entwicklung des encephalitischen
prädisponierten. —

em Versuche Störungen im Ablauf des normalen Geburts-
in eine kausale Beziehung zur Epilepsie zu bringen,
s natürlich notwendig, sich auch nach dem Geburtsmodus
Gesundheitszustand der Geschwister der Epileptiker zu
n, die selbst eine schwere Geburt durchzumachen hatten.
n entsprechende Erkundigungen bei den Eltern unserer

Digitized by Google

Auftreten der Kinderlähmung	Art des Geburtsverlaufs	Auftreten der epilept. Insulte	Besondere Ber
1. in der 13. Woche	Zange nach 8täg. Geburtsdauer	mit Eintritt der Kinderlähmung	geistig: blöde Belastung), Autopsie Hi
2. im 10. Monat	Forceps	mit Eintritt der Kinderlähmung	geistig: Schwa
3. keine genauen Angaben	spontan aber von langer Dauer	im 4. Jahre	mit 1½ Jahr krämpfe", ge
4. im 15. Monat	Forceps	mit Eintritt der Kinderlähmung	geistig: schwa
5. im 18. Monat	Forceps	Ende des zweiten Jahres	gleich post pa Schwäche a gelähmten geistig: Sc
6. keine genauen Angaben	Gesichtslage lange Dauer	im 1. Jahre	vom 1.—6. Jah sionen, da dann im 11 neuem. geistig: Sc
7. im 2. Jahre	Forceps	zu Beginn der 2. Dentition	geistig: hochg Schwachsin

1. Familie. Drei Geburten. 1) Frühgeburt im 8. Monat, st pression des Kopfes mit der Zange, später Epilepsie. 2) schwe zwei Ärzte, Kind tot zur Welt. 3) Frühgeburt im 8. Monat, le später an Brechdurchfall gestorben.

2. Familie. Zwei Kinder durch Forceps. Ein Kind im Encephalitis, seit dieser Zeit auch Krampfanfälle; das zweite, zurz alt, bis jetzt gesund. Sechs andere Geburten verliefen normal, Ki lich gesund.

3. Familie. Zangengeburt, Kind später epileptisch, die üb schwister ohne Kunsthilfe nur mit etwas längerer Geburtsdaue sämtlich gesund.

4. Familie. Zangengeburt, Kind später epileptisch, zwei (7 Monatskind), langdauernd doch ohne ärztliche Hilfe, Kind krank, „nervenschwach", zurzeit 6 Jahre, bis jetzt keine Kra Dritter Partus leicht, zuerst gute Entwicklung, mit 7 Monaten Ex infolge von „englischer Krankheit und Nierenleiden".

5. Familie. Die fünf ersten Kinder langdauernde Gebur Kunsthilfe, sämtlich gesund, das sechste Kind Gesichtslage, Ge zwei Tage, schließlich spontane Geburt, Kind verunstaltet (Kop

Digitized by Google

n Arzt geholt, starb während der Geburt, das zwölfte Kind mit
Hilfe geboren, bis jetzt gesund.
Familie. Zangengeburt, nachfolgende Asphyxie, im 2.—6. Monat
tzündung und Darmkatarrh, danach Krampfanfälle, zwei andere
er (8 und 2½ Jahre alt) bis jetzt gesund.
Familie. Zangengeburt (großes Kind, 10—11 Pfund schwer), im
Encephalitis, seit dieser Zeit Krampfanfälle, die anderen Geschwister
r Geburtsdauer geboren, bis jetzt gesund.
Familie. Vier- bis fünfstündige Geburtsdauer, ärztliche Hilfe (doch
ge, auch kein anderer schwerer Eingriff), Kind gesund, zweites Kind
burt, gleich post partum Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten,
nat Zunahme der Lähmung, im 2. Jahre Krampfinsulte.
amilie. 1) Forceps, im 11.—12. Monat Konvulsionen, im 8. Jahre
2) Normale Geburt, Kind bis jetzt gesund.
Familie. Rhachitisches Becken der Mutter. Sämtliche Kinder mit
Hilfe geboren. 1) Tod wenige Minuten nach der Geburt. 2) Seit
rt „Lungenfehler", Neigung zu Ohnmachten. 3) In der ersten
„Darmkrämpfe", im 16. Jahre Epilepsie. 4) Kind im 12. Jahre Epi-
Kind schwächlich und kränklich, geistig bis jetzt gut begabt.
Familie. Sieben Geschwister, vier schwere Geburten. Ein Sohn
ceps geboren, epileptisch. Eine Schwester gesund, deren Geburtsmodus
eflich nicht angegeben, die anderen Geschwister klein gestorben.
Familie. Mutter in der ersten Gravidität viel Aufregung, bei Eintritt
n Chloroformierung durch englischen Arzt in New York, Wehen-
Forceps, Konvulsionen im 5. Monat, Epilepsie mit 6 Jahren.
ind: Schwangerschaft normal verlaufen. Bei Wehenbeginn abermals
nierung durch den englischen Arzt, Wehenschwäche, Forceps, starke
on des Kopfes, im Alter von 3—4 Monaten 18mal Krampfanfälle,
zt 15 Jahre alt, bis jetzt gesund. Drittes Kind normal (in Deutsch-
ren, bis jetzt gesund.
Familie. Fünf Kinder leben und sind gesund, sämtlich normal
las jüngste Kind Zangengeburt, im 8. Jahre Epilepsie.
Familie. Patient ist das zweite Kind seiner Mutter, tiefe bleibende
pression, infolge davon Hemiparese, später epileptisch. Die übrigen
er normal geboren und gesund.
Familie. Sechs Kinder sämtlich wegen Beckenenge der Mutter durch
er Wendung geboren. Fünf während der Geburt verstorben, das
nd (schwerer Forceps mit bleibender Schädelimpression) nach
geistiger und körperlicher Entwicklung in der Pubertätszeit epi-

Familie. Erstes Kind Zangengeburt, nachfolgende Asphyxie, später
. Zweites Kind leicht geboren, bis jetzt gesund.
Familie. Sieben Geschwister, fünf Kinder mit der Zange geboren.

Digitized by Google

20 Jahren Soldat, bis jetzt gesund. Zweites Kind, schwere Geb
scheinlich Wendung, später Epilepsie. Drittes Kind, Forceps, später e
Viertes Kind, normale Geburt, bis jetzt gesund.

19. Familie. Zwei Zangengeburten, davon ein Kind epilep
andere in frühester Kindheit gestorben. Die übrigen Geschwist
geboren, bis jetzt gesund.

Leider stehen mir nur die obigen Auskünfte zur V
in den anderen Fällen waren die Eltern entweder verstor
die Antworten waren zu ungenau, um Verwertung finden zu
Zur Erläuterung der Familienberichte ist nicht viel hinzu
sie zeigen mit Deutlichkeit den zuweilen schädigenden Ei
abnormen Geburtsverlaufs, indem in ein und derselben
normal geborene Kinder gesund blieben, während die mit sch
Geburtsverlauf später an Epilepsie erkrankten.

Damit wäre Verfasser zum Schlusse seiner Unte
gekommen, deren Ergebnis er folgendermaßen formulieren
Im Vergleich zu der großen Häufigkeit der E
spielen in der Ätiologie dieser Krankheit die G
störungen nur eine untergeordnete Rolle. Aber
kleinen Anzahl von Fällen sind die Geburtsst
als vorbereitende Ursache für die spätere E
anzuschuldigen. Durch die traumatischen Schädigu
kindlichen Kopfes während der Geburt, auch wenn sie s
derselben bald ausgleichen und zuerst keine merkbaren
für das Kind erkennen lassen, kann der Boden für den ge
Erregbarkeitszustand des Gehirns geschaffen werden, de
Form des epileptischen Leidens äußert. Die Entwick
Kindes kann sich in der ersten Kindheit normal vollzi
plötzlich mit oder ohne Gelegenheitsursache, namentlich
gewissen Zeiten, in denen sich physiologische Umwälzu
Organismus vollziehen, der epileptische Anfall sich
Namentlich die Zeit der zweiten Dentition, dann aber
Pubertätszeit und die erste Dentition sind als solche ge
Entwicklungsperioden zu bezeichnen, die hinsichtlich der Pr
der Epilepsie eine besondere hygienische Überwachung d
erfordern.

Digitized by Google

rhandlungen psychiatrischer Vereine.

---

dentliche Versammlung des Psychiatrischen der Rheinprovinz am 16. Juni 1906 in Bonn.

end sind die Mitglieder: *Adams, Aschaffenburg, Becker, Bornard, Brandis, Brockhaus, Deiters, v. Ehrenwall, Ennen, Fabricius, Foerster, Gerhartz, Gielen, v. d. Helm, Herting, Herzfeld, Keller,* ladbach, *Kölpin, Landerer, Langen, Lenneper, Liebmann, Lückerath,* r, *Oebeke, Peipers, Pelman, Peretti, Plempel, Rademacher, Rosench, Schmidt*-Köln, *Schmitz, Schütte, Fr. Schultze, Siebert, Thomsen, Umpfenbach, Wagner, Wahn, Westphal, Wilhelmy.*

ste sind anwesend: *Boltz*-Hamburg, *Sommer*-Bendorf, *Schlegtendalber*-Bonn.

orsitzende macht zunächst Mitteilung von dem am 15. November en Tod des Geheimen Sanitätsrats *Heilmann*-Krefeld und erwähnt iden von *Fürstner*. Die Anwesenden ehren das Andenken der n durch Erheben von den Sitzen. Dr. *Kraus*, bisher in Bonn, Verzug aus der Rheinprovinz und Übergang zu einem anderen aus dem Verein ausgetreten. Zum Eintritt haben sich gemeldet: dirigierender Arzt der neu eröffneten Volksheilstätte Roderbirken gen, der II. Arzt der Dr. *Erlenmeyer*schen Anstalten in Bendorf *ommer*, und der Regierungs- und Geheime Medizinalrat Dr. *Schleg*en.

Akklamation werden dann in den Verein aufgenommen: Regie- Geheimer Medizinalrat *Borntraeger*-Düsseldorf, Privatdozent Dr. -Bonn, Dr. *Ewald Kirch*-Krefeld, Dr. *Gielen*-Duisburg, Nervenarzt, Andernach, Dr. *Mosebach*-Galkhausen, Dr. *Räther*-Merzig, Dr. *Schir*Dr. *Schönbrod*-Grafenberg.

gen die Vorträge:

ann-Köln stellt zunächst zwei an Friedreichscher Krankheit üder von 10 resp. 7 Jahren vor. Bei beiden findet sich hochsische Ataxie, choreaartige Bewegungen des Kopfes und der oberen n, taumelnder Gang, Fehlen der Kniephänomen, Skoliose, Fried-

Digitized by Google

bei der sich auf nervösem Gebiet nur erst eine gewisse Unsich
Stehen und auffallend schwache Kniereflexe finden, läßt sich eb
außerordentliche Arhythmie des Pulses und eine Vergrößerung d
besonders des linken Ventrikels nachweisen. Als Ätiologie komm
hereditäre Lues in Betracht. (An anderer Stelle soll ausführlich
Fälle berichtet werden.)

Professor *Westphal*-Bonn: 1. Über hysterische Kontr
stände äußerer Augenmuskeln in einem Falle trau
Psychoneurose.

Der demonstrierte 26jährige Patient hat im Jahre 1903 ein
verletzung (Impression des rechten Scheitelbeines) durch einen eiser
erlitten, der ihm auf den Kopf gefallen war. Im Anschluß an
letzung stellten sich bald mannigfache psychische und nervöse St
dem Patienten ein.

Eine Aufmeißelung des Schädels an der Stelle der Narbe
Erfolg.

Patient bietet zurzeit auf psychischem Gebiete die Zeichen d
tischen Seelenstörung, eigenartige Demenz, Störungen des Gedächt
der Merkfähigkeit, wehleidiges, stumpfes, apathisches Wesen mit
hypochondrischen Klagen, in ausgesprochenster Weise dar.

Es bestehen heftige Kopfschmerzen, besonders ist die Schä
hohem Grade druckempfindlich, das Schwindelgefühl ist so ausg
daß Patient nur mit Stock mühsam und langsam gehen kann.

Es besteht komplette Analgesie an der gesamten Körper
Anfälle von Herzklopfen, starkes Schwitzen.

Im Vordergrund des Interesses stehen die Erscheinungen von
Augen.

Der l. Bulbus ist nach innen gedreht, oft in extremer K
stellung, die mitunter lange Zeit hindurch beibehalten wird, so da
flächlicher Beobachtung leicht der Eindruck entstehen kann, als
sich um eine linksseitige Abduzenslähmung mit sekundärer Kon
Rectus internus, zumal Patient über Doppelbilder beim Blicken
klagt. Es zeigt sich aber bei Prüfung der Bulbusbewegungen,
Lähmung nicht besteht, der Bulbus vielmehr in den äußeren link
winkel bewegt werden kann. Bei diesen Bewegungen zeigt sich
bemerkenswerte Erscheinung, daß, sowie der Bulbus die Mittellinie
überschritten hat, zuckende, ruckweise Muskelzuckungen auftrete
wieder in seine ursprüngliche Konvergenzstellung zurückzuzieh
Diese sehr charakteristischen Muskelzuckungen weisen darauf h
dem demonstrierten Falle die abnormen Beweglichkeitsver
des l. Bulbus nicht auf einer Abduzenslähmung, son
Kontrakturzuständen äußerer Augenmuskeln, speziell d

us internus beruhen, die im Zusammenhang mit den
rscheinungen wohl als hysterische aufgefaßt werden
Ich bemerke, daß die Untersuchung des Augenhintergrundes
normale Verhältnisse ergeben hat, daß sich Zeichen einer orga-
rankung des Zentralnervensystems nicht finden. Interessanter-
nt sich in jüngster Zeit auch auf dem rechten Auge eine Bewe-
lie in Gestalt einer leichten Divergenzstellung des r. Bulbus
en, die bei etwas stärkerer Ausbildung in Verbindung mit dem
l. Auge, den Anschein einer assoziierten Augenmuskel-
erwecken könnte. Indessen zeigt auch die Untersuchung des r.
bei dem Blicke nach links die erwähnten Zuckungen des Bulbus
ter Weise auftreten, die abnorme Stellung des Bulbus also auf
akturzustand des r. Musculus abduzens beruht.
er Untersuchung gelingt es regelmäßig nachzuweisen, daß die
schen Zuckungen der Bulbusmuskeln immer nur bei dem Blicke
auftreten und zwar sofort, wenn der Bulbus die Mittellinie über-
t. Daß in der Tat Fälle von hysterischer konjugierter Augen-
orkommen, lehrt besonders eine interessante Beobachtung *Borels*[1]),
diese Erscheinung ein ganzes Jahr bestanden haben soll. Eine
von mir veröffentlichte Beobachtung[2]) zeigte, daß selbst das
kompleten Ophthalmoplegie ext. bilat. durch hysterische Augen-
gen vorgetäuscht werden kann.

monstration zweier Fälle von Tabes dorsalis incipiens
Lebensalter.
Fälle sind dadurch bemerkenswert, daß sich die Tabes bei ihnen an-
st im hohen Lebensalter entwickelt hat. Der Patient ist jetzt 71 Jahre
atientin schon 78 Jahre. Beide Fälle zeigen Fehlen der Sehnen-
oberen und unteren Extremitäten, sowie reflektorische Pupillen-
e andere Ursachen (Neuritis, senile Miosis usw.) auszuschließen sind.
Beschwerden fehlen in beiden Fällen, so daß die Tabes einen
efund bei zwei senilen Individuen darstellt, die wegen seniler
Störungen in unsere Behandlung kamen. Ätiologisch ist beson-
enswert, daß sich der Patient im Jahre 1895 in seinem 60. Lebens-
tisch infiziert hatte (Bericht der hiesigen Klinik für Syphilis), so

—

h. d'ophtalm. 1886 u. 87 und Annales oculistiques 1887. Zitiert
anger, Hysterie, S. 387.
r einen unter dem Bilde einer Ophthalmoplegie ext. verlaufenden
umatischer Hysterie. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905,

ser Fall ist wegen seiner Komplikation mit einer presbyophreni-
nose schon in der niederrheinischen Gesellschaft (Sitzung vom

daß der Fall also wohl den für die Ätiologie der Tabes wichtig
achtungen zuzurechnen ist, auf die *Erb* immer mit Nachdruck hi
hat, in denen sich bei ungewöhnlich später Infektion auch eine u
lich späte Tabes entwickelt. Über ätiologische Verhältnisse bei der
Patientin läßt sich Sicheres nicht eruieren. (Eigenb

Kölpin-Bonn: Trauma und Paralyse.

Meine Herren! Das Thema, über das ich Ihnen hier zufolg
der letzten Sitzung dieses Vereins gefaßten Beschlusses die Ehre
Referat zu erstatten, lautet: Trauma und Paralyse. Aufgabe dieses
wird es also sein, festzustellen, ob irgendwelche Beziehungen zwisc
men — in erster Linie kommen dabei selbstverständlich Kop
seien diese nun direkter oder indirekter Art, in Betracht — und
lyse bestehen, und wenn dies der Fall sein sollte, welcher Art die
hungen sind.

Als ich dies Referat übernahm, meine Herren, war ich mir vo
klar darüber, daß ich kaum in der Lage sein würde, wichtige neue
punkte aufstellen zu können. Die einschlägigen Fragen sind ja, n
in den letzten zwei Dezennien, von einer großen Anzahl von Auto
oder minder eingehend besprochen worden. Das Interesse an diese
stande wurde besonders auch dadurch wachgehalten, daß ja die F
dem Zusammenhang zwischen Traumen und Paralyse eng verknüp
der Frage der Ätiologie der Paralyse überhaupt. Es würde mich viel zu
Thema abführen und hieße in einer Versammlung von Fachgenossen
Eulen nach Athen tragen, wenn ich auf diese letztere Frage hier de
eingehen wollte. Mit wenigen Ausnahmen sind wir deutschen Irrenä
wohl alle überzeugt von der überaus wichtigen, ja dominierenden
der Lues in der Pathogenese der Paralyse zukommt. Es ist Ihne
bekannt, daß eine ganze Anzahl namhafter Autoren soweit geht
annehmen, daß jeder Paralyse eine luische Infektion vorangega
müsse. Auf diesem Standpunkt stand *Wernicke*, auf diesem St
steht heute noch *Kraepelin*. Es ist nun klar, daß, wer sich diese
anschließt, in dem Trauma nur ein auxiliäres Moment erblicken
einen direkten Zusammenhang zwischen Paralyse und Trauma ablel
Dann hätte es auch keinen Zweck, weiter in die Diskussion die
einzutreten. Wenn aber von unserem Verein trotzdem das zur Be
stehende Thema auf die Tagesordnung gesetzt wurde, so darf da
der Schluß gezogen werden, daß von der Mehrzahl der in der vorig
anwesenden Fachgenossen jener extreme Standpunkt in der Lues
frage nicht geteilt wurde. Ich glaube auch heute nicht fehlzugeh
ich annehme, daß die außerordentlich vorsichtige Art, in der *Wol*
dem von *Binswanger* und *Siemerling* herausgegebenen Lehrbuche
bekannten Tatsachen Rechnung zu tragen versucht, den meisten

er sein wird. *Wollenberg* äußert sich dahin, daß „in der ganz
den Mehrzahl der Fälle die Paralyse eine postsyphilitische Erkran-
aß indes zu ihrer Hervorrufung noch andere Schädlichkeiten not-
n denen wir bis jetzt nicht mit Bestimmtheit sagen könnten, daß
uch allein unter Umständen den paralytischen Prozeß erzeugen
Zu diesen „anderen Schädlichkeiten" würden dann auch die Kopf-
n gehören.

rage nach der Existenz einer traumatischen Paralyse ist, wie
n häufig erörtert worden. Verfolgt man die Literatur der letzten
o muß es einem sofort auffallen, daß die anfangs recht häufig
rten traumatischen Paralysen allmählich immer seltener werden.
1887 *Hartmann* von den sog. sekundären traumatischen Psychosen
gen konnte, daß sie in Demenz oder Paralyse übergehen, so ist man
etwas anderer Meinung. Als *Mendel* vor zwei Jahren über das
ma einen Vortrag hielt, gab er zwar die Existenz einer trauma-
lyse ausdrücklich zu, bejahte also die Möglichkeit eines direkten
n Zusammenhanges zwischen Trauma und Paralyse, betonte aber,
ßerordentlich seltene Fälle seien, und daß unter Tausenden von
vielleicht ein einziger solcher Fall zur Beobachtung komme.
seltene Vorkommen herrschte auch in der folgenden Diskussion
bereinstimmung. — Woraus erklärt sich nun eine solche Wand-
nschauungen? Diese Frage ist dahin zu beantworten, daß man
ch daran gewöhnt hat, bei der Anamnese der Para-
ehr wie früher nach einer syphilitischen Infektion zu
sowie ferner, daß man gelernt hat, eine Reihe para-
cher Krankheitsbilder von der echten Paralyse zu unter-

Wenn wir heute nach einer Kopfverletzung ein dem paralyti-
endes Krankheitsbild sich entwickeln sehen, so dürfen wir nur mit
e an die Beurteilung des Falles herantreten. Zunächst muß mit
Vorsicht — insbesondere dann, wenn es sich um Unfallverletzte
eine umfassende Anamnese erhoben werden. In einer ganzen
Fällen werden wir dann feststellen können, daß die Paralyse
dem Unfall bestanden hat, daß vielleicht schon Jahre vorher
nehmende Stumpfheit oder Veränderung des Charakters bemerk-
t hatte. Bisweilen werden wir sogar in der Lage sein, nachweisen
daß die Verletzung selber bereits die Folge einer durch die Para-
en Unsicherheit der Bewegungen oder eines paralytischen Anfalls
aß sie zurückzuführen war auf ein durch die paralytische Euphorie
Außerachtlassen der einfachsten Vorsichtsmaßregeln. Außerdem
natürlich nach einer etwa vorausgegangenen luischen Infektion
ir werden Erkundigungen einziehen, ob die Frau Frühgeburten
ob bei den Kindern Zeichen hereditärer Lues vorhanden, und

Digitized by Google

angestellten Recherchen einen negativen Erfolg haben, so n
nächste Aufgabe sein, den klinischen Symptomenkomplex, der u
gegebenen Krankheitsbilde gegenübertritt, genau zu untersuche
Grund dieser Analyse eine möglichst exakte Differentialdia
stellen. Bei diesem Bestreben müssen wir von der Erfahrungsta
gehen, daß die Paralyse eine progrediente Erkrankung ist, die d
lich in zwei bis vier Jahren zum Tode führt, und die gekennzeichn
eine stetig zunehmende und bei genügender Dauer der Erkrankung
Blödsinn führende psychische Schwäche und daneben auf körperlic
durch eine Reihe eigentümlicher nervöser Reiz- resp. Lähmungserse
Fällen nun, die sich in der einen oder anderen Hinsicht nicht i
fügen, werden wir von vornherein schon skeptisch gegenüber st
ist z. B. der Fall, wenn die Erkrankung schon lange Jahre, oder
besteht, ohne eigentlich progredient zu sein, oder wenn alle k
Symptome fehlen. Am häufigsten geben die nach Kopfverletzu
gar so selten zur Beobachtung gelangenden sog. posttraumatis
menzen zu der Fehldiagnose einer traumatischen Paralyse Ve
Diese posttraumatischen Demenzen sind ja charakterisiert durch
mehr bald weniger ausgeprägten Schwachsinn, der sich äußert
apathischen, indolenten Wesen, einer allgemeinen Herabsetzung un
rung der psychischen Leistungen, sowie in Gedächtnisstörungen,
vorwiegend Störungen der Merkfähigkeit. Daneben bestehen in ei
Anzahl von Fällen die Zeichen einer traumatischen Neurose, die
drische Stimmung, insbesondere auch die sich vornehmlich in ei
Reizbarkeit äußernde Charakterveränderung des Kopftraumatikers.
matische Schwachsinn, der sich akut oder chronisch entwickeln kan
in reinen Fällen jedenfalls früher oder später ein Stadium, wo
heitsprozeß nicht weiter fortschreitet, ein bleibender Defektzusta
Nie kommt es beim traumatischen Schwachsinn zu jenem Stadium
Blödsinns mit Zerfall der ganzen Persönlichkeit wie bei der Paral
ein sehr dementer Traumatiker pflegt in seinem ganzen Benehmen
ganzen Wesen sich anders zu geben wie der Paralytiker; es fel
stumpfe Euphorie, das laxe Sichgehenlassen des letzteren; er ist
in seinem Verhalten, sauberer in Kleidung und Manieren. Bietet dem
das psychische Verhalten des Kranken eine ganze Reihe von Anha
zur Unterscheidung beider Erkrankungen, so ist dies noch meh
wenn die Resultate der körperlichen Untersuchung mit berücksicht
Hier ist zu beachten, daß gesteigerte Sehnenreflexe sowohl bei d
tischen Demenz wie bei der Paralyse vorkommen; gehen diese
Hand in Hand mit anderweitigen Symptomen einer Seitenstrange
Spasmen, *Babinski*schem Phänomen, so liegt mit aller Wahrscheinli
Paralyse vor. Der Nachweis von Symptomen einer Hinterstrange
spricht natürlich ebenfalls für das Vorhandensein einer Paralyse,

Silbenstolpern: Ungleichheiten in der Fazialisinnervation sowie
der Mundwinkel können bei beiden Erkrankungen vorkommen.
gste, weil häufigste paralytische Lähmungserscheinung, Veränderung
eaktion der Pupillen, läßt uns indes bei der Differentialdiagnose
der traumatischen Demenz im Stich: wenngleich es als Regel zu
, daß bei der letzteren die Pupillen gut reagieren, so mehren sich
der letzten Zeit sicher beobachtete Fälle von Kopfverletzung, in
Pupillenreaktion deutlich träge und — in allerdings sehr verein-
en — sogar erloschen war. Schließlich würde auch noch das Ergeb-
mbalpunktion in Betracht zu ziehen sein: vermehrter Eiweißgehalt
lymphocytose sprechen, wenn auch nicht unbedingt für Paralyse,
indestens für eine voraufgegangene luische Infektion.
ngleich wir bei Berücksichtigung aller dieser Momente in der Mehr-
älle in der Lage sein werden, sehr bald eine sichere Differential-
wischen traumatischer Demenz und Paralyse zu stellen, so werden
h dennoch Fälle übrig bleiben, wo uns dies nicht möglich sein
nentlich wird es sich dann um Fälle handeln, wo Pupillenstarre
heit, eventuell auch noch gesteigerte Sehnenreflexe bestehen. Hier
erst die fortgesetzte, nötigenfalls über eine Reihe von Jahren sich
de Beobachtung Klarheit verschaffen können. Fehlt eine Progredienz
ses, so handelt es sich mit Wahrscheinlichkeit um eine traumatische
Man kann nur sagen: mit Wahrscheinlichkeit. Denn es gibt ja
h auch Fälle sog. stationärer Paralyse, die in ihrem Wesen allerdings
vollkommen aufgeklärt und zum Glück nicht allzu häufig sind.
n der Krankheitsprozeß bis zu einem terminalen Blödsinn fort-
werden wir also nach dem Gesagten eine traumatische Demenz,
eine solche reiner Art, nicht annehmen dürfen. Andererseits
ber dann auch durchaus nicht immer eine Paralyse vorzuliegen.
edienz des Krankheitsverlaufs kann auch dadurch bedingt sein,
r zugrunde liegende Prozeß ins Gebiet der Arteriosklerose
s ist ja eine bekannte Tatsache, daß durch Kopfverletzungen eine
rotische Degeneration der Hirngefäße erheblich beschleunigt resp.
nert werden kann. Bei der Diagnose haben wir hier zu achten
lter des Kranken, auf etwaige Rigidität der peripheren Arterien,
erhalten des Herzens, das Vorhandensein von Albumen im Urin.
rteriosklerotische Erkrankung spricht ferner der Verlauf in Schüben
gere Lähmungserscheinungen. In psychischer Hinsicht finden wir
sklerose häufig eine sehr ausgeprägte Ermüdbarkeit und Erschwerung
kenablaufs; auffallend ist, wie *Alzheimer* hervorhebt, die Leerheit
lichem Gebiet; meist ist Krankheitseinsicht vorhanden.
n der traumatischen und arteriosklerotischen Demenz kann gelegent-
eine alkoholistische in Frage kommen, Daß hier die Differential-
gegenüber der Paralyse sehr schwierig sein kann, ist ja bekannt.

beschrieben worden ist; diese Fälle sind indes wohl nur recht selte
sich aber denken, daß sie gelegentlich bei mangelhafter Anamnese
gnose Schwierigkeiten bereiten können.

Gehen wir nun einmal die in der Literatur als traumatische
beschriebenen Fälle nach den eben besprochenen Gesichtspunkten
werden wir ohne weiteres die größte Anzahl derselben als nur p
ähnliche Krankheitsbilder ausschalten können. Von den übrigl
wird ein kleiner Teil als zweifelhafte Fälle bezeichnet werden mi
Rest schließlich wird nach Symptomatologie und Verlauf durch
klinischen Bilde der Paralyse entsprechen. Bei den zweifelhaft
wird bisweilen wohl noch eine längere Beobachtung das Kran
klären; der Rest aber wird erst post mortem mit Sicherheit diag
werden können.

Wie aber haben wir uns der letzten Kategorie von Fällen
zu verhalten, nämlich denen, wo eine dem klinischen Bilde nach
freie Paralyse sich im Anschluß an ein Trauma entwickelt hat?
Frage, meine Herren, hat die pathologische Anatomie das le
zu reden.

Meine Herren! Unsere Kenntnisse von dem Wesen der Para
heute so weit gediehen, daß wir mit aller Wahrscheinlichkeit sagen
daß die Paralyse nicht nur eine klinische, sondern auch eine pat
anatomische Einheit darstellt. Wir wissen heute, namentlich dank den
von *Nissl* und *Alzheimer*, daß wir in den Gehirnen von Paralytike
denselben wiederkehrenden Befund erheben können. Die mikro
Untersuchung lehrt uns, daß die Paralyse aufzufassen ist als ein
Erkrankung des Zentralnervensystems, insbesondere der Hirnrinde,
diese Erkrankung sich kennzeichnet durch das Nebeneinanderhergeh
artiger degenerativer und entzündlicher Erscheinungen. Diese D
natürlich bei der Beantwortung der Frage nach dem Zusammenhang
Trauma und Paralyse von ausschlaggebender Bedeutung. Wir wer
die Frage jetzt so stellen müssen: Können durch Kopfverle
in der Hirnrinde Veränderungen erzeugt werden, die de
lytischen entsprechen? Diese Frage, meine Herren,
wir verneinen. Die Fälle von Demenzen nach Kopfverletzun
bisher anatomisch untersucht sind, zeigen uns ganz andere Bilder
es sich nicht um Gefäßveränderungen handelte, die den arteriosklo
zum mindesten außerordentlich nahe standen, fanden sich massenha
Blutungen oder Residuen von solchen. *Köppen* konnte in mehrer

Digitized by Google

nzelte kleine Narben an gewissen Prädilektionsstellen in der Hirn-
en und sprach deshalb die Vermutung aus, daß durch diese Narben
ufene Zirkulationsstörungen die Grundlage der psychischen Er-
en bildeten. Obgleich die Zahl der verwertbaren positiven Befunde
atischen Verblödungsfällen noch recht gering ist, so können wir
l heute schon sagen, daß auch die Zukunft uns keine Fälle bringen
lenen ein Trauma die typischen paralytischen Veränderungen hervor-
hat. Wenn *Mendel* in seinem oben erwähnten Vortrage der Ansicht
, daß die Paralyse in der Hauptsache ein interstitieller Entzündungs-
i, daß aber auch an anderen Organen durch Traumen Entzündungen
ufen werden könnten, und wenn er als Beispiel hierfür die Pleuritis
so bringt er hier doch wohl Dinge zusammen, die tatsächlich mit-
nicht verglichen werden können. Außerdem ist das Wesentliche
aralytischen Erkrankung nach *Alzheimer*s Untersuchungen in der
g und dem Untergang des Parenchyms, nicht in den entzündlichen
ngen am Gefäßapparate zu suchen. Das Gesamtbild des pathologi-
undes bei der Paralyse weist uns eben durchaus darauf hin, daß
ser Erkrankung den Ausdruck einer Intoxikation zu sehen
uch die Befunde von krankhaften Veränderungen an den übrigen
anen, auf Grund deren die Ansicht, daß wir es bei der Paralyse mit einer
erkrankung des Organismus zu tun haben, bei der allerdings die
ngen von seiten des Zentralnervensystems in den Vordergrund treten,
ngsten Zeit sehr an Boden gewinnt, sprechen ja für die Annahme
schen Entstehung der Paralyse.

er der Art des pathologischen Prozesses spricht auch seine
ung gegen die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung. Wie
ausführt, sind für die Ausbreitung des paralytischen Prozesses
nervöse Anordnungen von Bedeutung, d. h. die Krankheit geht
durch die Eigenartigkeit des nervösen Gewebes bedingt werden.
wir meist das Stirnhirn besonders stark erkrankt, die Zentral-
und besonders die Hinterhauptslappen verhältnismäßig nur wenig
Wie sollte nun wohl ein Trauma derartig elektiv wirken können?
ch wohl im höchsten Grade unwahrscheinlich.

ägung aller dieser Tatsachen, meine Herren, dürfen wir wohl den
ehen, daß, wenn sich im Anschluß an eine Kopfverletzung ein
bild entwickelt hat, das sowohl klinisch wie anatomisch der Paralyse
wir trotz des zeitlichen Zusammenhangs nicht berechtigt sind, das
ier als direkten ätiologischen Faktor aufzufassen; mit anderen
s gibt keine echte traumatische Paralyse.

denselben pathologisch-anatomischen Gründen muß auch die Ansicht
Autoren, nach der bei erblich Belasteten oder bei Alkoholikern
auma eine echte Paralyse hervorrufen kann, abgelehnt werden.

dem wir also eine direkte ätiologische Beziehung zwischen Ver-

wir nicht Beziehungen indirekter Natur zwischen beiden a
haben. Auf Grund unserer klinischen Erfahrungen ist diese Frage
Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Zu dieser Behauptung berechtig
Beobachtung, daß einmal eine schon vorher bestehende Paralyse
Verletzung in ihrem Verlaufe eine wesentliche Beschleunigung
schlimmerung erfahren kann; in manchen Fällen wird durch e
Verschlimmerung die vorher latente Paralyse vielleicht überhaupt er
werden. Sodann werden wir in Fällen, wo bei vorher nicht n
kranken Individuen im unmittelbaren Anschluß an die Verletzung
Symptome der Paralyse sich eingestellt haben, nicht umhin kön
nehmen, daß hier das Trauma als auslösendes Moment der Erkra
zusehen ist. Schließlich liegt auch noch die Möglichkeit vor, daß d
eine gewisse, sich in einer allgemeinen Herabsetzung der Widerstan
äußernde Prädisposition des Gehirns schafft, auf Grund deren das d
hervorrufende Toxin später in den Stand gesetzt wird, in dem so v
Gehirn einen geeigneten Angriffspunkt zu finden. Daß wir uns b
nahme dieser letzteren Möglichkeit natürlich nur auf rein hypo
Boden bewegen und daß genügende Beweise dafür wohl kaum
erbracht werden können, brauche ich wohl nicht besonders zu be

Ganz kurz möchte ich dann noch das Verhältnis von pe
Traumen zur Paralyse streifen. Hier können natürlich erst recht
indirekte Beziehungen in Frage kommen. Es wäre ja schließlic
daß durch den psychischen Choc und die mit ihm wahrscheinl
gehenden abnorm großen Blutdruckschwankungen hier das vereinig
dargestellt würde. Die mitunter noch anzutreffende Ansicht, daß d
etwa durch eine Art aszendierender Neuritis entstehen könne,
haltbar.

Zum Schlusse, meine Herren, möchte ich dann noch kurz eine
Frage berühren, nämlich die, wie wir uns in der Unfallprax
Kapitel Trauma und Paralyse zu stellen haben. Wenn die Dia
Paralyse nicht ganz sicher steht, wenn es sich möglicherweise do
traumatische Demenz handelt, wird man die letztere Möglichkei
zugunsten des Verletzten gebührend hervorheben. Aber auch in
wo wir eine sichere Paralyse vor uns haben, und also einen dir
logischen Zusammenhang zwischen der Krankheit und dem Unfal
müssen, besteht die Entschädigungspflicht gegenüber
letzten zu Recht, falls wir in der Lage sind, eine i
Beziehung zwischen Unfall und Paralyse für vorlie
erachten. Denn es ist ja nach dem Sinne des Unfallversicheru
zu einem begründeten Anspruch auf Entschädigung nicht erford
die Verletzung die alleinige Ursache der Erwerbsunfähigkeit bild
es genügt, wenn sie nur eine von mehreren dazu mitwirkenden U
und als solche ins Gewicht fällt. Der Anspruch bleibt auch dan

Todes beschleunigt haben. Diese Eventualitäten würden also den Beziehungen, die wir vorher zwischen Trauma und Paralyse festben, entsprechen. Nun ist es aber mit dem Konstatieren und einer solchen indirekten Beziehung oft eine mißliche Sache. Wenn as auch von *Mendel* betont wird, sehen, wie in unserer Beobachtung Paralytiker nicht gar so selten ziemlich schwere Kopfverletzungen hne daß irgend ein sichtbarer Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung ultiert, so muß uns dieser Umstand zur Vorsicht mahnen, ehe wir mmenhang zwischen Unfall und Paralyse annehmen. Wir müssen sten nachweisen können, daß der Unfall seiner Art nach ein nicht eblicher war, und vor allen Dingen, daß sich die ersten Symptome kung resp. die Verschlimmerung des Befindens unmittelbar oder bald nach der Verletzung bemerkbar gemacht haben. In allen len werden wir zwar nicht die Möglichkeit eines Zusammenhangs Abrede stellen können, aber ob wir einen solchen Zusammenhang cheinlich annehmen können, wie dies nach der ständigen Rechtdes Reichsversicherungsamtes verlangt wird, das ist eine andere em subjektiven Ermessen wird hier stets ein großer Spielraum Wenngleich es durchaus im Sinne des Gesetzgebers liegt, daß der in dubio pro aegroto zur Anwendung kommt, so dürfen wir bei id mit der eventuell schwer betroffenen Familie des Kranken doch essen, daß wir als Ärzte unser Gutachten unparteiisch abzugeben wir werden dort, wo nach der Art des Unfalls und dem Verlauf kung die oben postulierten Bedingungen nicht erfüllt scheinen, uns n Reserve befleißigen müssen.

Schlusse des Referats möchte ich dann in Wiederholung des chen Inhalts des Gesagten folgende Thesen aufstellen:

s können nach Kopfverletzungen verschiedene paralyseähnliche bilder zur Entstehung kommen, die zu den traumatischen, arterioen, eventuell auch alkoholistischen Demenzen oder Mischformen zu rechnen sind.

ine echte Paralyse als direkte Folge einer Kopfverletzung gibt

ie Möglichkeit eines indirekten Zusammenhangs zwischen Trauma rse besteht insofern, als durch das Trauma die Paralyse ausgelöst er eine bereits bestehende Paralyse verschlimmert werden kann.

u einem begründeten Anspruch auf Unfallentschädigung ist erforderder Unfall seiner Art nach als ein nicht ganz unerheblicher zu ist, und besonders, daß das Auftreten der paralytischen Symptome Verschlimmerung des Leidens in einem zeitlich ziemlich eng umusammenhang mit dem Unfall stehen.

Digitized by Google

ehen, meine Herren, daß ich wesentlich neue Gesichtspunkte zu

und dank den Fortschritten der mikroskopischen Anatomie derartig
wie die hier behandelte, viel besser gerüstet gegenüber zu tret
Lage sind, wie früher.

Diskussion: *Fr. Schultze* glaubt, daß dasselbe, was *Kölpin*
Paralyse und Trauma gesagt, auch für Tabes und Trauma gilt, vie
einigen seltenen Ausnahmen. *Hitzig* hat früher einmal alle bekannt g
Fälle von angeblicher traumatischer Tabes zusammengestellt un
und sich bei einigen wenigen Fällen für traumatische Tabes e
müssen geglaubt. *Sch.* hat damals sich auch nicht davon überzeug
daß der Beweis damit geliefert sei, daß Trauma Tabes hervorr
Die Ansicht von *v. Leyden*, daß durch eine periphere Verletzun
Wege der aszendierenden Neuritis Tabes entsteht, hält *Sch.* für nicht
Nicht von der Hand zu weisen ist, daß tabesartige Erscheinungen
wenn dauernde Erschütterungen das Rückenmark treffen, wie *H*
einem Fall geschildert hat, wo der Betreffende lange Zeit auf einen
Boden gearbeitet hatte. *Fürstner* hat durch fortgesetzte Umdreh
Tieren experimentell paralyseartige Erscheinungen hervorgerufen,
könnte man sich vorstellen, daß somit auch tabesartige Verä
hervorgerufen werden können, — doch müssen darüber noch a
Untersuchungen angestellt werden. — Es wird jetzt Sache der
pallida sein, Klarheit in die vorliegende Frage zu bringen. Freili
unwahrscheinlich, daß dieselbe in der Cerebrospinalflüssigkeit so
auftritt, daß sie in der Punktionsflüssigkeit gefunden werden müß
auch denkbar, daß dieselbe irgend wo anders sitzt, etwa in Drüse
Gift nur ab und zu in die Cerebrospinalflüssigkeit entleert. — *Sc*
der Ansicht, daß es sich wie bei der Paralyse auch bei der Tabes u
Einflüsse handelt. Als bloße Folge von Überanstrengung kann sie eb
wie die *Friedreich*sche Krankheit angesehen werden. Das Traum
Hilfsursache, die beschleunigend auf den Verlauf und auch lokal mo
wirken kann, — eine andere Wirkung hat das Trauma nicht.

Aschaffenburg macht seine Bedenken dagegen geltend, daß
schweres Trauma verlangt, um den Anspruch auf eine Unfallrente zu
Viele Erfahrungen sprechen dafür, daß schon geringfügige Traum
auch anatomisch nachweisbare Veränderungen hervorrufen könn
schon nach lebhafter Aufregung sind in vereinzelten Fällen e
Zustände eingetreten, die zu schneller Verblödung führten, also
sicher anatomische Veränderungen hervorgerufen hatten. Dasselbe
erleben nach Kopftraumen anscheinend geringfügiger Art, eine
schreitende Demenz nach scheinbar wenig ernsten Einflüssen v
Wie die arteriosklerotischen Veränderungen, die meist gefunde
entstehen, wissen wir noch nicht. *A.* glaubt, daß auch ein ge
Trauma, vorausgesetzt, daß es mit Bestimmtheit nachgewiesen ist

Digitized by Google

heit in irgendwelchem zeitlichen Verhältnis zu diesem Trauma steht, n den Anspruch auf eine Unfallrente zu begründen.

phal bemerkt, daß aus dem Vorgetragenen soviel mit Sicherheit , daß wir zurzeit außer der Syphilis keine Ursache der Tabes lyse kennen. Er möchte auf die Beziehungen der Syphilis zu diesen gen des Nervensystems an dieser Stelle nicht weiter eingehen, inen Punkt hinweisen, der ihm vielfach nicht genügend gewürdigt scheint, in unserem „bakteriologischen Zeitalter" aber von ganz n Interesse ist, nämlich die Tatsache, daß Tabes und Paralyse bei Individuen entstehen, die sich an derselben Quelle infi- ben. Er weist auf die relative Häufigkeit dieser Krankheiten bei hin, auf die wichtigen Befunde von *Brosius* (unter fünf zu gleicher aus derselben Quelle infizierten Männern waren nach zwölf Jahren r tabisch oder paralytisch), auf die Erfahrungen *Erbs*, *Nonnes* u. a. *al* möchte sich durchaus der Ansicht *Erbs*[1]) anschließen, der be- diese Fälle uns die Annahme einer dem Nervensystem besonders en Form der Syphilis, einer Syphilis à virus nerveux, geradezu auf-

größter Wichtigkeit für die weitere ätiologische Erforschung der Paralyse wird es sein, diesen Fällen künftig eine ganz besondere mkeit zuzuwenden.

dis macht darauf aufmerksam, daß Tabes durch zweckentsprechende chwindet oder doch sich bessert, Paralyse fast nie.

in erwidert *Brandis*, daß die Paralyse nicht die direkte Folge der dazwischen treten noch die Toxine. Die Paralyse ist eine post- he Erkrankung. Gegen *Aschaffenburg* beharrt *K.* auf seinem Stand- man in der Regel nur schwerere Traumen verantwortlich machen llen Fällen muß der Nachweis geliefert werden, daß das Trauma var, das Gehirn als Ganzes gehörig zu erschüttern.

rbach-Bonn: Über Proponal.

bei 43 Kranken angestellten Versuche zeigen, daß das Proponal ner Schlaflosigkeit und selbst bei leichterer Unruhe in Dosen von ls gut wirkendes, unschädliches Schlafmittel empfohlen werden ch bei stärkeren Erregungszuständen haben sich Dosen bis zu 0,8 Fällen noch als wirksam erwiesen. Einer Einführung in weitere sonders in größere Anstaltsbetriebe, ist vorläufig noch der sehr hohe erlich.

Vortrag erscheint in extenso in der Deutschen medizinischen hrift.)

Digitized by Google

[1]) yphilis und Tabes. Berliner klinische Wochenschrift, 1901, Nr. 1

ihre diagnostische Verwertbarkeit."

Auffallenderweise haben bisher die Zeichnungen von Geist wenn sie auch jedem schon aufgefallen sind, nicht die ihnen Beachtung gefunden; zwar existieren einige Angaben darüber in ver Schriften, aber nirgends findet man eine genauere psychologisch Verf. ging nun von der Überzeugung aus, daß erst eine eingehen suchung dieser Produkte ihre Verwertung für die allgemeine Psych und für die Diagnose ermögliche (ebenso, wie das ja auch früh Schrift der Geisteskranken der Fall gewesen ist). Bestärkt wu dieser Ansicht durch die Tatsachen, die in den letzten Jahren Zeichnungen von Kindern veröffentlicht worden sind: aus ihnen daß ganz bestimmte Gesetzmäßigkeiten zwischen psychischem Ges und der Art des Zeichnens bestehen. Die Schwierigkeiten der der Zeichnungen (größere oder geringere Veranlagung und Te allem aber Vieldeutigkeit aller Ausdrucksbewegungen und die A fassung bzw. Ausschmückung des Gezeichneten) sind freilich ni Eben deshalb ist eine genaue Analyse der beim Zeichnen tätig physischen Funktionen durchaus notwendig. Nachdem diese kurz und betont worden ist, daß Störungen in ihnen an den vers Punkten einsetzen können, macht der Verf. Vorschläge für die exakte Untersuchung des Zeichnens, wobei Nachzeichnen, Zeichne Natur, Zeichnen „aus dem Kopf", Prüfung des Bilderverständnisses, der Bilder als „Reize" (im Sinne der Assoziationsversuche mit u. a. m. in Betracht zu ziehen wären. Sodann wird an einer grö von primitiven und komplizierten zeichnerischen Leistungen im gezeigt, was sich auf diesem Wege herausfinden läßt. Einfachste Z nach Vorlage gestatten z. B. einen tiefen Einblick in die Art und der Willensimpulse bzw. ihrer motorischen Effekte bei katatonischen oder in die erschwerte Auffassung und die Neigung zur Persev Epileptikern nach einem Anfall oder in die Neigung des Man optische Eindrücke andere optische Erinnerungselemente zu füg Verwirrtheit, Manie, Depression, Hebephrenie, Katatonie, Epilep also schon bei solchen ganz einfachen und fast überall möglichen Z nach Vorlage charakteristische Merkmale. Hat man an der Ha einfacheren Reaktionen die primitiveren Störungen aufgedeckt, so geli selten, die Spontanzeichnungen der Kranken besser zu deuten, zu und zu verwenden. Auch dafür werden zahlreiche Beispiele vorge Schlusse kommt der Redner zu folgendem Resultat: Wenn man unter Kautelen an die Verwertung der Zeichnungen herangeht, so gestat eine Reihe für die allgemeine Psychiatrie und auch für die Diag voller Schlüsse. Das Nachzeichnen verdeutlicht uns z. B. den zwischen Willenshemmung und Willenssperrung und hilft so r. U rentialdiagnose erleichtern, namentlich, wenn die Kranken mit and

Digitized by Google

n spärlich sind; die Zeichnungen von Halluzinationen können uns deren Art und Inhalt klarer machen, andere Zeichnungen (spontan Aufforderung) können zur Aufdeckung von Wahnideen, zur Ent-er Gemütsverfassung, zur Auslösung von Illusionen und Halluzi-ühren, die Inkongruenz zwischen Wollen und Können zur Feststellung chsinns und Größenwahns, die zusammenhangslose Aneinanderreihung erungsbildern macht die Dissoziation im Vorstellungsleben und die Thymo- und Noopsyche anschaulich klar. Endlich führt uns die g der Zeichnungen von Geisteskranken in eine Anzahl wichtiger nein: Stellen manche Kranke überhaupt ganz anders vor als die ? Können wir nicht gerade die Zeichnungen als eines der sehr ittel benutzen, uns von der Art des Anschauungslebens der Kranken es Bild zu machen? Bestehen deutliche Parallelen zwischen Kinder-nzeichnungen derart, daß in den letzteren sich auch bestimmte, ige Stufen je nach dem Grade der geistigen Minderwertigkeit fest-sen? u. a. m.

Einwand, daß man durch die Zeichnungen nur schon auf anderen fgedeckte oder aufzudeckende Symptome feststellen könne, ist nicht ; abgesehen davon ist die Erforschung dieser Seite der Ausdrucks-en und ihrer Parallelen mit anderen Äußerungsformen an sich sch interessant und wertvoll. Als objektives und dauerndes Doku-nüber der allen Krankenbeschreibungen anhaftenden Subjektivität se Produkte übrigens auch einen nicht geringen klinischen und auch forensischen Wert.

Vortrag wird ausführlich veröffentlicht werden. Eigenbericht.

kussion: *Aschaffenburg* hält es für angebracht, jedes objektive zu benutzen, um sich ein Urteil über die Psyche des Kranken zu hat selbst schon aus Zeichnungen von Kranken allerlei diagnosti-nnen, z. B. Wahnideen, über welche der betreffende Kranke bisher jede Auskunft verweigert hatte. In einem anderen Fall hat er im auf die auffallend große Pedanterie in den Zeichnungen eines die später auch bestätigte Diagnose auf Epilepsie stellen können. die Frage, ob *Mohr* durch Studium von Malereien in dem einen ren Fall schon zu der Einsicht gekommen ist, daß der betreffende steskrank war. *A.* denkt dabei z. B. an einen bekannten vlämischen immer in seinen Darstellungen auffallend stereotype Linien wieder-oft in eigenartiger Weise verzeichnet, und bei dem das Dargestellte stisch ist, daß es aus dem Rahmen des Normalen herausfällt.

r glaubt auch, daß man in einer ganzen Reihe von Zeichnungen, modernen Malern, an gewisse katatonische Produkte erinnert wird; ssen eine gewisse Dissoziation, ein gewisses vielleicht absichtliches lassen erkennen. Die Arbeiten des von *A.* erwähnten Malers kennt lich nicht.

Umpfenbach.

Digitized by Google

Nordostdeutscher Verein für Psychiatrie und Neu

13. Jahressitzung zu Danzig am 2. Juli 1906.

Anwesend waren: *Boege*-Owinsk, *Deutsch*-Lauenburg, *Dubbers* *Eschricht*-Danzig, *Freymuth*-Danzig, *Göhlmann*-Conradstein, Tapiau, *Heinze*-Neustadt, *Herse*-Neustadt, *Hoppe*-Allenberg, *Janson* *Kürbitz*-Königsberg, *Krakow*-Tapiau, *Meyer*-Königsberg, *Puppe*-K *Rabbas*-Neustadt, *Seemann*-Danzig, *Siemens*-Lauenburg, *v. Seydlitz* *Stein*-Kortau, *Stoltenhoff*-Kortau, *Vollheim*-Lauenburg, *Wallenbe* *Warschauer*-Hohensalza.

Entschuldigt haben sich: *Heise*-Culm, *Kayser*-Dziekanka Conradstein und *Meschede*-Königsberg.

Geschäftsführer: *Meyer*-Königsberg und *Puppe*-Königsberg.

E. Meyer-Königsberg eröffnet die Sitzung als Geschäftsfüh der naturforschenden Gesellschaft zu Danzig für Überlassung des saales. Als Schriftführer wird *Kürbitz*-Königsberg bestimmt.

Auf Vorschlag von *Meyer* wird als Referat für das nächste Ja weisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefä resp. nach § 51 StGB. freigesprochenen Geisteskranke stalten" angenommen, als Referenten werden *Puppe*-Königsberg u *hoff*-Kortau bestimmt.

Der Kassenbestand wird geprüft und für richtig befunden.

Auf Vorschlag von *Meyer* wird eine Erweiterung des Ver ein Rundschreiben an beamtete und praktische Ärzte der beteiligten in Aussicht genommen, deren Ausführung *Meyer*-Königsberg u Königsberg übertragen wird.

In der Diskussion über den Entwurf des Rundschreibens s *mann*-Danzig den Wunsch aus, die Sitzung mit Rücksicht auf Ge Kreisärzte nicht in die Schwurgerichtsperiode fallen zu lassen.

Ein Antrag *Warschauer*-Hohensalza, prinzipiell den Sonntag al tag zu wählen, wird abgelehnt. *Warschauer*-Hohensalza wünscht ziehung der Neurologen zu den Sitzungen im Interesse des Ve beantragt den Namen des Vereins umzuändern in Nordostd Verein für Psychiatrie und Neurologie. *Meyer*-Königsberg b den Antrag, indem er betont, daß die Psychiatrie damit nicht et Hintergrund gedrängt werden solle. Der Antrag wird angenommen wird der Entwurf des Rundschreibens jetzt angenommen; gleichz der Jahresbeitrag auf 2 Mark erhöht. Die Direktoren der Ans Provinzen Pommern, Posen, Ost- und Westpreußen werden gebeten, November 1906 die Namen solcher Kollegen, die Neigung haben, d beizutreten, an *Meyer*-Königsberg zu senden, um dadurch einen Grundstock für die Erweiterung des Vereins zu gewinnen.

Als nächster Sitzungsort wird Danzig bestimmt, als Gesch

eit ihrem 27. Lebensjahre über Sehschwäche, Gleichgewichtsstörung
mende Schwäche in den Beinen klagt. Die Anamnese ergibt
ereditäre Verhältnisse, keine luische Infektion, keine Intoxikation,
na. Status präsens: Auffallend kleiner Schädel; mäßige Demenz.
ge Optikus-Atrophie mit Amblyopie, die seit Jahren stationär
ist; dabei normale Pupillen-Reaktion. Starkes Schwanken bei
ß, fällt um, wenn sie nicht gehalten wird. Spastisch-paretischer
Steigerung der Patellarreflexe, Fußklonus und Babinski beiderseits.
gende glaubt das Krankheitsbild der von *Marie* beschriebenen
taxie cérébelleuse" an die Seite stellen zu dürfen und berichtet
sse an diese spät in die Erscheinung tretende Entwicklungsstörung
nervensystems über eine nach andrer Richtung von der *Friedreich*-
s abweichende Krankheitsform, die er bei einem 32jährigen Buch-
eobachten konnte: Hereditäre Belastung väterlicherseits (Lues
Erkrankung mit 26 Jahren an Gangstörung, die nach psychischem
28. Lebensjahre wesentlich zunimmt, dann Sprachstörung. Status
edächtnisschwäche, auch für früher Gelerntes (Alphabet, Wochen-
Doppelseitige reflektorische Pupillenstarre mit unregelmäßigen
besonders links. Normaler Augenhintergrund, bis auf Anämie der
lle. Sprachstörung bulbären Charakters, dabei aber gute Aussprache
en Buchstaben bei hochgradiger Verwaschenheit der Silben. Ver-
ch beim Trinken. Fortdauernde, hauchende Inspirationen und
abei ununterbrochene choreatische Zuckungen der Gesichts-, Rumpf-
nitäten-Muskeln. Taumelnder Gang mit Retro- und Propulsion,
Eindruck eines Betrunkenen. Ataxie der unteren und besonders
Extremitäten. Sehnenreflexe schwach, aber deutlich auslösbar.
, kahler Fleck auf der Kopfhaut links von der Mittellinie. Psyche
uf die erwähnte Gedächtnisstörung.

-Neustadt: Über die Behandlung von Entzündungen und
n bei Geisteskranken nach der *Bier*schen Stauungs-

esonderen Umstände und Störungen, unter denen sich bei Geistes-
ufig die Wundheilung vollzieht, lassen es erwünscht erscheinen,
handlung von Entzündungen und Eiterungen in der Irrenheil-
t immer nach den bisherigen Regeln der Schulchirurgie vorzu-

eisten erstrebenswert wäre ein Verfahren, das folgende Forderungen
lichst kurze Heilungsdauer, also möglichst kleine Wunde und Ver-
nes umfangreichen Verbandes, der sich erfahrungsgemäß leicht ver-
r heruntergerissen wird, möglichst geringe oder gar keine Nach-
n im Interesse der Sauberkeit bei unruhigen Kranken, möglichste

Digitized by Google

Schmerzlosigkeit des eigentlichen Eingriffs zur Eiterentleerung un
wenn angängig, Vermeidung von Instrumenten, die bei vielen
fahrungsgemäß Mißtrauen, Scheu, ja sogar heftigen tätlichen Widers
rufen, wie Messer, Schere, Sonde, scharfer Löffel.

Diese eben erwähnten Vorzüge vereinigt in sich die Beh
Stauungsbinden und Saugglässern nach *Bier*. In der Neustä
wurden vom Oktober 1905 bis Juli 1906 nach dieser Methode b
nächst 4 Panaritien mit Beteiligung des Nagelbettes. Unter Anw
Stauungsbinde heilten sämtliche 4 Panaritien in 8, 9, 10 und 14
aus. In 3 Fällen blieb der Nagel völlig erhalten. Noch besse
ergab die Behandlung mit Saugglässern. In 2 Fällen von Furu
durch zweimaliges Ansaugen der Entzündungsprozeß coupiert.
von größeren Furunkeln wurde ferner das Saugglas angewendet
mußte in den meisten Fällen nur an 2, in 3 Fällen an 3, in eine
einander folgenden Tagen angesaugt werden.

4 Fälle von Abszessen von nahezu Taubeneigröße heilten
maligem Ansaugen in 3—4 Tagen vollständig aus. Die durchschn
lungsdauer betrug also für Furunkel und Abszesse 3—4 Tage. Be
ruhigen Paralytiker wurden zwei Karbunkel von mindestens Hü
einmal vier, im zweiten Falle 3 Tage mit dem Saugglase behand
schwürsgrund hatte sich dann tadellos gereinigt und die Wund
Unruhe des Patienten in 12 resp. 14 Tagen, vom ersten Ansaugen a
vollkommen geschlossen. Ein Fall von Decubitus über dem Kr
phlegmonöser Infiltration der Umgebung ging nach dreimaliger
auffallend rasch in Heilung über und fand sich auch nach Mo
wieder. In allen Fällen unterwarfen sich die Kranken willig und
streben der Saugbehandlung, die schmerzhafte Tamponade der
fällt fort, der Verband kann in den meisten Fällen aus Zinkpflast

Herse kann also auf Grund seiner Erfahrungen die Behan
der *Bier*schen Methode für die Psychiatrie nur dringend empfehl

Der Frage der Kopfstauung nach *Bier* bei Nerven- und Geistes
ist man in der Neustädter Anstalt noch nicht nähergetreten.

In der Diskussion fragt *Meyer*-Königsberg, ob die Stauung
kranken auch direkt zur Besserung resp. Heilung der Psychos
wäre, speziell bei Paralyse. Versuche bei letzterer wären vielleich
da ja die Stauung gerade bei entzündlichen Veränderungen gute D
und es sich bei der Paralyse ja gerade um chronische entzün
änderungen handele.

Siemens-Lauenburg meint, daß bei Paralyse schon sehr vi
therapeutischer Art erfolglos gemacht seien. Die Fälle, die in de
zur Beobachtung kämen, wären seines Erachtens nach schon z
geschritten.

Meyer-Königsberg meint, daß man trotz der völligen E
solcher Therapie anhalte, doch einen Versuch machen soll.

Digitized by Google

hebt hervor, daß *Bier* die Kopfstauung hauptsächlich bei solchen kheiten angewendet wissen wolle, die mit Blutleere des Gehirns ein-

richt-Danzig macht auf die Möglichkeit aufmerksam, daß der Vagus der Kopfstauung gedrückt würde.

e-Allenberg: 1. Anatomische Demonstration: Es wird ein über die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen des letzten Allenberger Laboratorium gegeben. Im besonderen wird von essanten Fällen der Krankheitsverlauf mitgeteilt und der makro- und mikroskopische Hirnbefund demonstriert. Ein Fall, der zu bereits als Hirntumor erkannt wurde und einen stark dem *Kor-* Symptomkomplex ähnelnden Verlauf zeigte, ergab ein großes s in der Hirnsubstanz unter dem rechten Seitenventrikel lag. Bei ngspsychosen fand sich einmal ein verkalkter Cysticercus cellulosae ßhirnrinde, im anderen Falle trug der Boden des 4. Ventrikels ysten, die 1 bis 2 mm Durchmesser zeigten. Bei 2 Fällen von pressivem Irresein waren große Piacysten vorhanden, die die Hirn- nach innen einbuchteten.

*r*chiatrische Reiseerinnerungen aus Nord-Amerika: gender schildert den Besuch in fünf amerikanischen Irrenanstalten. teilung des Bellevue Hospitals New York ist bestimmt zu der vorgeschriebenen Beobachtung, ob der in die Irrenanstalt ein- Kranke wirklich geisteskrank ist; daneben hat dies Krankenhaus für geisteskranke Alkoholiker und in der Strafhaft erkrankte Ver- as Manhattan State Hospital auf Ward's Island ist die Hauptanstalt ßstadtmaterial New Yorks; die Anstalt ist zurzeit stark überfüllt er 4000 Kranken belegt. Ausgezeichnetes wird in dem mit der in Verbindung stehenden hirnpathologischen Institut geleistet. Die ten für geistesschwache, epileptische und verkrüppelte Kinder be- auf der Raudalls-Insel, sie sorgen hauptsächlich für eine gute Aus- Pfleglinge in technischen Fertigkeiten. Die schönste und neueste nanstalten des Staates New York ist Central Islip, sie liegt etwa te von Long Island und ist zurzeit mit ca. 3600 Kranken belegt. digung der Erweiterungsbauten wird die Belegfähigkeit auf 4200 as Pennsylvania Hospital for the insane liegt mitten in der Stadt a und kann über ein Alter von 152 Jahren zurückblicken. Es ist s eingerichtete Anstalt, die von Wohltätigkeitsspenden unterhalten Hauptsache jedoch nur selbstzahlende Patienten aufnimmt.

Vorträge werden noch in erweiterter Form veröffentlicht werden.)

z-Königsberg: Zur pathologischen Anatomie des Delirium *Kürbitz* geht zuerst auf die bisherigen Befunde ein und erwähnt

Digitized by Google

trem., die zum Teil der Kieler, zum Teil der Königsberger Klinik e
und die sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch keine w
Unterschiede untereinander boten, immer handelte es sich um
Alkoholisten mit typischen Delirien.

Die Methoden zur Herstellung der Präparate waren folgend

Zuerst kamen alle Teile in Formol-*Müller* 1:10. Die Zellfärl
nach der von *Juliusburger* und *E. Meyer* angegebenen Methode mitt
und einfacher Differenzierung in Alkohol ausgeführt. Ferner wu
färbungen mit Hämalaun und Eosin vorgenommen; Markscheid
wurden teils nach *Weigert-Pal*, teils nach *Marchi* untersucht.

An der Hirnrinde sind die großen Pyramidenzellen durchgehend
die *Nissl*-Körper zum Teil in Stäubchen zerfallen, die in unreg
Weise über die ganze Zelle zerstreut sind. Das Zellchromatin ist ge
der Kern geschrumpft. Die Zellen selbst sind unregelmäßig g
atrophisch, sehr intensiv und gleichmäßig gefärbt. An anderen
deutlich eine Quellung und schwache Färbung; ferner zum Teil aus
Dezentralisation des Kernes. Die Fortsätze sind kurz, bei den dunk
dagegen weit zu verfolgen und von korkzieherartiger Gestalt.

An einzelnen Gefäßen sind die Adventitiakerne gewuchert
durch eine Vermehrung der länglichen Kerne entlang der Gefäße d

Niemals fanden sich Plasmazellen. Stets war eine Verm
Gliakerne nachzuweisen, stellenweise auch Pigmentanhäufung. Of
neben vielem Pigment auch geschwärzte Endothelzellen an den G
den Radiärfasern des Großhirnes findet man nach *Marchi* eine sta
ration, etwas auch in den Querfasern, dagegen fehlt sie aber in d
tialfasern. In den Präparaten sieht man dann eine ausgesprochen
tüpfelung (folgt Demonstration mehrerer Präparate mit verschie
änderungen).

Im Kleinhirn, besonders im Wurm, auch deutlich Schwarztü

Im Thalamus ließen sich einige Blutungen konstatieren.

Im Rückenmark waren die Vorderhornzellen im ganzen e
manchmal fand sich eine gewisse Quellung und Abrundung. Di
sind unverändert, einzelne *Nissl*-Körper sind in Zerfall geraten.
stränge sind zweifellos degeneriert.

Die beobachteten Veränderungen werden, wie das auch be
von anderen Autoren geschehen ist, als chronische infolge des lang
mißbrauches und als akute infolge des Deliriums gedeutet. Chr
ändert sind unbedingt die atrophischen, intensiv dunkel gefärbten
genaue Strukturverhältnisse nicht mehr erkennen lassen. Ferner sin
entstanden die Pigmentanhäufung, die Gliawucherung und der Fa

Das Del. trem. dagegen hat eine Quellung und Abrundung
und die zentrale Aufhellung der *Nissl*-Körper bedingt. Dies ist a
wegs spezifisch für ein Delirium, wie auch schon früher hervor

es findet sich auch bei andern Antointoxikationspsychosen, die in
uten Endzustand übergehen.
s die Blutungen anbetrifft, so ist es unentschieden, ob man den chro
Alkoholismus als ursächliches Moment dafür ansehen muß, oder ob
entsprechend den Blutungen bei akuter Infektion und Intoxikation
ntoxikation, die zum Del. trem. führt, hinzurechnen muß. Als Prädi
cellen wurden Wurm und Aquädukt gefunden, die ja nicht nur beim
hnsinn, sondern auch überhaupt für Blutungen auf alkoholischer
arakteristisch sind, wie es z. B. am deutlichsten bei der Polioence
haemorrhagica sup. von *Wernicke* zum Ausdruck kommt.
Markscheidenzerfall nach *Marchi* betraf nicht nur das Großhirn
auch das Kleinhirn, speziell den Wurm, und er wurde als Ausdruck
eifellos akuten Prozesses gedeutet.
Befunde bestätigen also im wesentlichen die früher gemachten Er
n: es fanden sich Veränderungen chronischer und akuter Natur, die
neswegs etwas Spezifisches für ein Del. trem. haben, sondern man
Summe aller Befunde zur Beurteilung heranziehen und berücksichtigen
skussion: *Wallenberg*-Danzig fragt an, ob die neueren Fibrillen
n, mit denen manche Autoren bei pathologischen Prozessen gear
ben, Anwendung gefunden hätten. *Kürbitz*-Königsberg verneint das
yer-Königsberg weist im Anschluß an den Vortrag von *Kürbitz*-Königs
die Wichtigkeit der Untersuchungen bei chronischem Alkoholismus
ür die Anstalten das geeignete Arbeitsfeld wohl seien.

Meyer-Königsberg: Untersuchung des Liquor cerebrospi
ei Geistes- und Nervenkrankheiten.
ch kurzem Überblick über die bisherigen Untersuchungsergebnisse
Methoden berichtet *M.* über das Resultat der Lumbalpunktion in
Fällen, die in der Königsberger Klinik vorgenommen wurden.
runter befanden sich 18 klinisch, zum Teil anatomisch sicher
en. Bei 17 von diesen Lymphocytose +, Trübung mit $MgSO_4$ +
n Fall nicht, der klinisch unzweifelhaft als Paralyse imponierte, trot
ger Punktion. Weiter 9 paralyseverdächtige Fälle. Bei 6 Fällen
en 2 zur Sektion kamen, deren einer anatomisch als Paralyse, de
s Lues cerebrospinalis sich herausstellte, Lymphocytose +, $MgSO_4$ +
negativen Falle Lues sicher. Bei 4 Fällen bestand gleichzeitig
er Alkoholmißbrauch.
Fälle betrafen verschiedene alkoholische Psychosen, Delirium tre
*orsakow*scher Symptomenkomplex, einfacher Alkoholismus chronicus
mit Störungen der Pupillen. In 11 von ihnen Liquor ohne Ver
ren, einer (mit sicheren Lues-Geschwüren) zeigt keine Trübung mi
aber Lymphocytose, bei einem zweiten mit Lähmungen, Störungen
llen — von Lues nichts bekannt —, Lymphocytose +, Trübung mi

praecox, manisch-depressivem Irresein, Antointoxikationspsychosen, von Veränderungen, ebenso bei einem Imbezillen mit anscheinen Chorioretinitis.

Bemerkenswert war ein Fall von Psychose bei Typhus mi cytose, aber ohne Trübung mit $MgSO_4$.

Von 4 senilen Psychosen 3 negativ, 1 mit starker Arteriosklero (Lymphocytose und Trübung).

2 Fälle mit sicherer Lues: 1. Vor einem Jahr Infek luische Geschwüre am Gaumen, starke Depression. Keine Lym keine Trübung. 2. Vor fünf Jahren syphilitisches Exanthem. cerebri. Enorme Lymphocytose und Trübung.

2 Tabes-Fälle: 1. Ohne starke subjektive tabische Sympton Knph 0. Keine Lymphocytose, keine Trübung. 2. Ausgesprochen Erscheinungen. Starke Lymphocytose und Trübung.

6 Fälle von Apoplexie: In zweien blutig gefärbter Liquor, dritten nur dunkles Blut (Durchbruch nach der Hirnbasis).

Tumor-Fälle. 2 sichere, davon einmal Tumorzellen im Liquo felhafte mit eigentümlichen zelligen Elementen (gequollenen Lympl

M. hebt in seinem Resümee u. a. hervor, daß die Lympho scheinend ein feineres Reagens als die Trübung mit $MgSO_4$ sei.

Zum Schluß weist *M.* darauf hin, daß er nie bedenkliche Ers nach der Lumbalpunktion wahrgenommen habe.

Diskussion: *Freymuth*-Danzig fragt an, in welcher Lage di vom Vortragenden vorgenommen sei, da er die Ausführung im Si für ungefährlich halte. Auch bitte er um Auskunft, wie sich Vortra *Fischers* Ausführungen auf der letzten Jahresversammlung des Ver scher Irrenärzte stellt, der als Ursache der Lymphocytose die en Erkrankung der Pia des unteren Rückenmarksabschnittes anspricht

Meyer-Königsberg entgegnet, daß die Punktion stets in Seite geführt wurde. Was die Angaben *Fischers* anbetreffe, so halte e für genügend sichergestellt.

Siemens-Lauenburg hat auch beobachtet, daß bei der Paralyse der untere Rückenmarksabschnitt erkrankt sei.

Göhlmann-Conradstein fragt an, wie man sich das Zurücktreten phocytose nach Anfällen zu erklären habe, eine Beobachtung, die auf der Jahresversammlung mitgeteilt sei.

Meyer-Königsberg hat selbst solche Beobachtungen nicht ge kann eine ausreichende Erklärung z. Z. nicht angeben.

Kürbitz-Kön

Schriftfü

Digitized by Google

Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin vom 24. Juli 1906.

esend die Herren: *Adam*-Herzberge a. G., *Ascher*-Berlin, *Benda-ax Edel*-Charlottenburg, *Paul Edel*-Charlottenburg, *Eicke*-Herzberge, sberg a. W., *Jacobsohn*-Berlin, *Kastan*-Berlin a. G., *Klipstein*-Herz-ohn-Berlin, *H. Laehr*-Zehlendorf, *Mucha*-Franz. Buchholz, *Munter-ven*-Lankwitz, *Sander*-Dalldorf, *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schmidt*-Herz-lig-Herzberge, *Vial*-Herzberge a. G., *Wieners*-Bernau a. G., *Zendig-*, *Ziehen*-Berlin.

Vorstandstisch: *Gock, Zander, Ziehen.*

itzender: *Ziehen.*

Kassenführer gibt Rechenschaft über die Führung der Kasse, welche itgliedern *Marthen* und *Roesen* geprüft und richtig befunden worden ird daraufhin dem Kassenführer von der Versammlung Entlastung ei der Wahl des Vorstandes werden die bisherigen Mitglieder *Gock*, nder und *Ziehen* durch Zuruf wiedergewählt. An Stelle des ver- Geheimrat Dr. *Heinrich Laehr* wurde durch Zuruf Sanitätsrat *Laehr*-Zehlendorf neu gewählt.

Birnbaum-Herzberge: „Über degenerativ Verschrobene."

handelt sich um Individuen, die wegen auffallender paranoischer ähnlich den chronischen Paranoikern zugesellt werden, aber zu den ischen Persönlichkeiten degenerativer Herkunft gehören. Meist lastet und durch körperliche und geistige Stigmata der Entartung net, ist ihre Wesensart durch jene allgemeine degenerative Eigen- bedingt, daß infolge pathologischer Anlage die normalen Bezie- r Gefühls- zu anderen seelischen Elementen gestört sind. Daraus in Einzelzügen Einseitigkeiten, Schiefheiten und Übertreibungen, Gesamtcharakterbild jene ungleichmäßige und unharmonische Zu- zung der „Verschrobenheit".

ndividuen — der Mehrzahl nach Männer — bekommen, wenn auch dheit schon durch abnorme Charakterzüge auffallend, das typische erst in der Pubertätszeit. Von da an bleibt es mit (praktisch interkurrenten Steigerungen dauernd auf der Höhe.

Durchschnittsbilde selbst sind zunächst durch falsche Gefühlsbeto- ngte Störungen des Vorstellungslebens auffallend: Schiefheiten der ; und Unrichtigkeiten in der Bewertung; Überwiegen einzelner gsweisen bei Zurücktreten anderer; Herausheben aller möglichen schen, ethischen, ästhetischen Gedankenkreise als besondere Maxi- - und Lebensanschauungen unter Verkümmern der nächstliegenden n Gesichtspunkte, ebenso auf wissenschaftlichen und anderen Zurechtlegen von allerlei Theorien, Zusammenhängen, Einteilungen.

wie aufgegriffen durch ihre Empfänglichkeit für allerlei Eindrü
ungewöhnliche Ideen, phrasenhafte Schlagworte, extreme und par
schauungen. Dabei — den Kernpunkt ihres Wesens bildend — maß
schätzung der eigenen Person als Vertreter solcher bedeutsam
daneben Beeinträchtigungsvorstellungen, wachgerufen durch das
der Umgebung.

Nach außen hin prahlerische Aufgeblasenheit und Neigung
sprechenden wirkungsvollen Äußerlichkeiten. Sprachliche Ausdr
überladen und phrasenhaft.

Die Stimmungslage nicht einheitlich; die Gefühlsbewegung
mäßig und unbeständig; bald überleichtes, bald mangelhaftes Ansp
Empfindens, so daß eine feste Charakterbildung ausbleibt.

Die Willenskraft gering. Unzulängliche Lebensführung infolg
Prinzipien, Beschäftigung mit allen möglichen Problemen und Bes
schließlich durch unzweckmäßige Handlungen.

Das Durchschnittsbild selbst steigert sich zeitweise unter u
Verhältnissen (Haft!) zu plötzlich und schnell sich entwickelnder,
weniger systematisierter Wahnbildung, die allmählich wieder abklin

Das reine Bild der Verschrobenheit selten, meist Verbindung
Entartungserscheinungen, besonders Mischungen mit anderen de
exzentrischen Charakteren, besonders denen mit abnorm angelegten
leben, den Phantasten, Träumern und Schwärmern. Auch Verbi
Imbezillität nicht selten, die aber nur begünstigend wirkt. Schw
mit derartigen übernommenen Ideen überhaupt nicht hergehörig.

Differentialdiagnostisch: Mit konstitutionell Manischen Ähnlich
leichte Ansprechbarkeit des Interesses, gewisse Oberflächlichkeit,
schwulst und erhöhtes Selbstbewußtsein mit paranoiden Zügen.
durch typomanische Stimmungslage, Flatterhaftigkeit und Betätig
der ersteren.

Mit Dementia paranoides äußerliche Ähnlichkeit durch paran
und Auftreten der Verschrobenheit in der Pubertätszeit. Der Ve
scheidet ohne weiteres.

Am wichtigsten die Beziehung zur Paranoia und originären
An letztere klingen besonders die phantastischen Größenideen de
gehenden paranoischen Steigerungen an, desgleichen weitgehende
mit *Kraffi-Ebings* Paranoia reformatoria und inventoria, die ja de
sind. Doch handelt es sich bei der Paranoia um eine Psychose m
bestimmtem Beginn und bestimmter Verlaufsweise, bei den Vers
im wesentlichen um einen Dauerzustand. (Eigen

Diskussion: Herr *Ziehen* hebt hervor, daß die von dem Vo
so treffend gezeichnete degenerative Konstitution relativ selten
zur Entwicklung einer Dementia praecox, hingegen relativ oft zur E
einer Paranoia führt. —

ephrenischen Formen der Dementia praecox *Kraepelins*“
f. Psych. Bd. 63 S. 512 ff.).

Ziehen hält es für ganz unzweckmäßig, dem Krankheitsbegriff der praecox immer noch neue Krankheitsbilder einzuverleiben, und hält charfen Abgrenzung der Paranoia von der Dementia praecox fest.

Klipstein: Gewiß gibt es Paranoiker, die sich viele Jahre lang benehmen, die zusammenhängend und klar reden, im ganzen folgenken und planmäßig handeln. Andere Kranke sind von vornherein erfahren, ihr Gedankengang ist gelockert. Ausgeprägte Typen der tegorie sind leicht von denen der zweiten zu unterscheiden. Übern aber eine große Reihe von Fällen, so sieht man, daß doch viele e vorkommen, daß an dem einen Ende der Reihe Fälle stehen mit gut erhaltener Intelligenz, am entgegengesetzten Ende Kranke mit n Schwachsinn, und daß dazwischen zahlreiche Abstufungen auf- Verfolgt man ferner den einzelnen Fall über eine längere Zeitin, so findet man öfter, daß der vor einem oder zwei Jahrzehnten und geistig rege Kranke jetzt zerfahren und stumpf geworden ist. ptome, die bei Paranoia und bei Dementia paranoides beobachtet sind die gleichen. In Fällen beider Gruppen traten uns entgegen erungsfälschungen, die Neigung, Namen symbolisch auszulegen, Beganz eigenartiger dem gesunden Denken fernliegender Weise zu erleichgültigen und vieldeutigen Vorkommnissen eine höchst wichtige bestimmte Bedeutung für die eigene Person zuzuschreiben usw. r Lage der Dinge läßt sich eine scharfe Grenze zwischen Paranoia entia paranoides gegenwärtig nicht ziehen.

die Einteilung der Psychosen anlangt, so stellen die *Kraepelin*schen ngen meines Erachtens einen entschiedenen Fortschritt dar. Früher oft auf Grund rein äußerlicher Übereinstimmungen Zustände zueworfen, die keine innere Verwandtschaft miteinander hatten. Beie hat man unter der Bezeichnung Paranoia acuta ganz heterogene n zu einer Gruppe vereinigt, nämlich hysterische Irreseinsformen, nsitorische Psychosen bei Entarteten — Herr *Birnbaum* hat ja che Störungen angeführt —, deliriöse Zustände, wie sie nach schweren sten, bei körperlichen Krankheiten, z. B. bei Phthise, Karzinom bewerden, gewisse Bilder, die im Verlauf der Manie, der Melancholie und endlich akute Phasen der Verblödungsprozesse.

epelin hat besser geschieden und vereinigt. Er hat einer Gruppe kheitsbilder zugeteilt, die in den wesentlichen Symptomen, im ganzen nd im Ausgang gut miteinander übereinstimmen. Die Forschung m Gebiet ist noch nicht abgeschlossen, man darf aber doch sagen, uns den echten Krankheitsbegriffen jetzt mehr nähern. Dem Bedie große Masse der Fälle, von denen die Dementia praecox-Gruppe wird, in kleinere Verbände zu zerlegen, kann man ja leicht in irgend

Dementia paranoides) und akute Formen, die akuten kann man weit
in hebephrenische und katatonische, in Erregungs- und Depressions

Herr *Ziehen*: Seltenere Fälle des periodischen und zi
Irreseins.

Nachdem die Beziehungen des letzteren sowie der periodisch
zur Hirnsyphilis, welche vom Vortr. früher bereits besprochen wo
kurz an der Hand einiger Fälle erörtert worden sind, bespricht
periodische Menstrualmelancholie. Ein hierhergehöriger Fall wird
licher mitgeteilt. Der Vater der jetzt 19jährigen Patientin leidet
periodischen Psychose. Die erste Menstruation trat bei der Pat
Alter von 12½ Jahren auf. Sie ist regelmäßig, tritt alle drei W
und ist mit starkem Blutverlust verbunden. Im August 1904 trat
geistige Störung auf, und zwar acht Tage vor der Menstruation
gegen Ende der Menstruation auf. Seitdem ist die Menstruation
mit einer psychischen Störung, und zwar stets derselben verknü
Beginn kann bis auf die Stunde genau angegeben werden. Zuweilen
Zustand erst sechs Tage vor der Periode ein, zuweilen überdau
Periode etwas. Das Hauptsymptom während des Anfalles ist D
und Angst. Sie sagt selbst, „sie habe eine unbestimmte Furcht, kön
sie sei so unsicher, wie sie alles anfangen solle, sie sei ganz un
dabei weinerlich und unenergisch; sie sei wie zersplittert, Körper
Geist allein". Den Angehörigen fällt während des Anfalles namen
Fragesucht auf. Sie frägt ganz ohne vernünftigen Zweck: wie
Wäsche eingeweicht? könnte man's nicht auch so machen? wie
gekocht? wie wird das geschrieben? was tut das Mädchen? wie
gemacht? hat das Mädchen eine Schürze an, wie oft soll sie di
wechseln? usw. Vor innerer Unruhe bleibt sie in der verordneten Ei
nicht liegen. Im Intervall ist das ganze Verhalten völlig normal.
hyperthymische Symptome sind niemals aufgetreten. Keinerlei
Körperlicher Befund, abgesehen von leichter Anämie und inkonstant
punkten, normal. Während eines zeitweiligen Sanatoriumaufenthalte
sich der Zustand. Es handelt sich offenbar um eine periodische m
Hypomelancholie, welche in sehr interessanter Weise von dem Sym
Fragesucht — unbeschadet der sonstigen Assoziationshemmung —
wird. Jedenfalls beweisen solche Fälle, daß die Menstrualwelle n
ausschließlich manische Zustände hervorruft. Vortr. erinnert in
ziehung auch an einen Fall *Mordrets*, in welchem einmal im Ver
manischen Phase sich während der Menstruation ein Depressionszus
schob. In einem andern Fall des Vortr. trat der erste Krankheitsan
bis acht Wochen vor der ersten Menstruation auf. Die späteren A
gannen stets etwa acht Tage vor jeder Menstruation und hörten
der Menstruation auf. Die Anfälle waren ausgesprochen manisch,

Beobachtung änderten sich die zeitlichen Beziehungen etwas. ird den Fall ausführlich veröffentlichen. Schließlich erörtert Vortr. ob die Menstrualpsychosen, wie viele Autoren behaupten, reflek- ch den Menstruationsvorgang ausgelöst werden, und lehnt diese ir viele Fälle entschieden ab. (Eigenbericht.)

Gock.

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Ein Beitrag zur Psychologie der Aussage. — Das
sagen, selbst wenn sie durch Eid bekräftigt werden, auch nach
jeder bewußten falschen Angabe nicht immer zutreffend sind, i
Trotzdem dürfte folgender Fall, über welchen die gesamte Warsch
ausführlich berichtete, als besonders drastisches Beispiel der Wi
wortgetreuer Übersetzung wert sein.

„Die erste Zivilkammer des Warschauer Bezirksgerichts
dieser Tage gegen den 17jährigen Lucyan Zimny, welcher angekla
der Smolnastraße No. 28 gelegenen Wohnung des Wladislaus
einige Sachen gestohlen zu haben. Zum Termin wurden fünf Zeug
die feststellen sollten, daß Zimny aus dem genannten Hause die G
hinausgetragen hatte und nach einem mißglückten Fluchtversu
ohne Corpus delicti, das er unterwegs fortzuwerfen vermochte, sis

Obiger Tatbestand wurde in kategorischer Weise von der
Katharina Onuczynska bestätigt, welche den auf der Anklagebank
fixierend erklärte, daß dieser es eben gewesen sei, der auf der
gehalten wurde. Sie habe, als man ihn zum Tatort brachte,
erkannt. „Nur ist", so fügte sie hinzu, „Zimny vorher etwas volle
Auch die Zeugen Johann Lesniewski und Stanislaus Stefanski b
in dem Angeklagten ganz sicher jenen Mann wiederzuerkennen,
Sachen aus dem Tor hinausgetragen hatte. Von der Portiersfra
gestellt, suchte er sich durch die Flucht zu retten, konnte inde
geholt werden.

Schon war die Verhandlung ihrem Ende nahe, da ereigne
Vorfall, der so recht zeigt, welchen Wert mitunter sogar durch Eid
Zeugenaussagen besitzen. Als der Gerichtsvorsitzende Ostroumo
geklagten Zimny fragte, was er wohl zu seiner Rechtfertigung anzufi
erklärte dieser, daß die ganze Angelegenheit ihn gar nichts angel
heiße ja gar nicht Zimny, sondern Franz Nowakowski. Man ha
sammen mit Zimny aus dem Gefängnis hergebracht, damit ih
Motive des gegen ihn vor zwei Wochen gefällten Urteils vorgeles
Da aber in einem früheren Prozeß er, Nowakowski, auf Grund vo
verurteilt sei, die nach seiner Überzeugung falsch gewesen, ha

eweisen wollen, wieviel man eben auf Zeugenaussagen geben kann. daher mit seinem Komplizen verabredet, die Rollen zu tauschen; nun Zimny, der sein Aussehen durch ein umgeschlagenes Tuch ver- tte, den ihm gar nicht geltenden Spruch anhörte, habe er, Nowa- ie Rolle Zimnys zu Ende gespielt.

raucht wohl kaum hinzugefügt zu werden, welchen Eindruck die s Angeklagten auf die Zeugen ausübten, denen plötzlich die Ver- g, sich eines Meineids schuldig gemacht zu haben, zum Bewußtsein ch die Lage, in welche der Gerichtshof versetzt wurde, kann man t vorstellen.

den Sachverhalt zu klären, wurde der echte Zimny aus dem enzimmer in den Gerichtssaal herbeigeschafft. Er konnte nur die Nowakowskis bestätigen.

egen behauptete der Staatsanwaltsgehilfe, ein Richter und der iener, welche bei der Urteilsbegründung in Sachen „Nowakowski" hatten, daß der Spruch tatsächlich dem auf der Anklagebank Nowakowski, aber nicht dem Zimny verkündet worden sei, woraus orgeht, daß alle drei Wächter und Ausüber des Rechts und der keit schon zum zweiten Male N. vor sich hatten, ohne es zu merken. tion wurde immer verwickelter, man ließ sofort den Gefängnisauf- ix Imakalski kommen, und dieser stellte nun fest, daß in der Tat ski und nicht Zimny sich auf der Anklagebank befände. Es sei orgehoben, daß zwischen Nowakowski und Zimny nicht die geringste r Ähnlichkeit zu finden ist. Auf Antrag des Staatsanwalts wurde n die ganze Angelegenheit zur Identifizierung der Person Zimnys an suchungsrichter verwiesen. Interessant ist die Frage, ob die Zeugen, den echten Zimny gesehen, ihn ebenfalls erkannt hätten. Bei der it der optischen Eindrücke darf man es mit großer Wahrschein- rwarten."

Dr. *M. Urstein*-München.

November 1906 wird an der psychiatrischen Klinik in München öchiger psychiatrischer Fortbildungskurs stattfinden. Pro- .. Klinische Demonstrationen (Prof. *Kraepelin*) täglich 10—11 Uhr; isch-psychiatrische Demonstrationen (Prof. *Gudden*) täglich 3—4 Uhr; der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems (Dr. *Alz*- äglich 8—10 Uhr; 4. Einführung in die klinische Experimental- ie (Dr. *Gaupp*) dreimal wöchentlich 11—12 Uhr; 5. Demonstrationen neurologisch-psychiatrischen Grenzgebiete (Dr. *Gaupp*) dreimal ch 11—12 Uhr; 6. Exkursionen in verschiedene Anstalten; 7. Klini- en. Nach Bedarf würden sich bei rechtzeitiger Anmeldung einer en Zahl von Teilnehmern auch Kurse auf anderen Gebieten der einrichten lassen. — Honorar für den Fortbildungskurs 50 Mark. gen bis 1. Oktober an die Direktion der psychiatrischen Klinik.

Provinz	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zusammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Spalte 7) eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 Str.G.B. z. Zt. der Ta	
		männliche Personen	weibliche Personen	männliche Personen	weibliche Personen		als vorliegend od. ihr Ausschluß als begründ. Zweifeln unterworfen erachtet bei	nicht angenommen bei
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ostpreußen	2	22	5	—	—	27	20	7
Westpreußen	3	18	5	—	—	23	15	8
Berlin (Klinik der Königlichen Charité)	1	95	9	—	—	104	41	63
Brandenburg (einschl. der Anstalten der Stadt Berlin)	7	91	4	1	1	97	73	12
Pommern	4	41	2	3	1	47	27	18
Posen	6	31	1	2	—	34	17	17
Schlesien	9	107	12	1	1	121	82	32
Sachsen	5	23	5	3	—	31	16	15
Schleswig-Holstein	3	67	4	—	—	71	47	24
Hannover	4	41	7	1	—	49	29	20
Westfalen	5	70	8	2	3	83	58	23
Hessen-Nassau	6	65	5	3		73	53	16
Rheinprovinz	11	132	16	5	1	154	106	46
Hohenzollernsche Lde.	1	1		-	-	1	1	-
zusammen	67	804	83	21	7	915	585	301

Digitized by Google

1	betreffenden Anstalten		männliche Personen		weibliche Personen		männliche Pers.	weibliche Pers.	(Spalten 3—6)		zu besorg. infolge von: Geisteskrankh. gem. § 6, 1 B.G.B.		Geistesschwäch. gm. § 6, 1 B.G.B.		men (Spalt. 8 u. 9)		ihre Angelegenh. z. besorg.		wurde stimmte nicht ab
	2		3		4		5	6	7		8		9		10		11		12
tpreußen	3	*1*	5	—	3	*2*	—	—	8	*2*	4	*2*	2	—	6	*2*	—	—	2
estpreußen	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
rlin (Klinik der KöniglichenCharité)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
andenburg (einschl. der Anstalten der Stadt Berlin)	8	*5*	6	*2*	2	*1*	—	—	8	*3*	8	*3*	—	—	8	*3*	—	—	—
mmern	4	—	2	—	4	—	—	—	6	—	2	—	1	—	3	—	3	—	—
sen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
hlesien	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—
chsen	5	*1*	12	*3*	1	—	—	—	13	*3*	4	*2*	6	*1*	10	*3*	3	—	—
hleswig-Holstein	3	—	6	—	5	—	—	—	11	—	7	—	1	—	8	—	2	—	1
nnover	4	—	9	—	—	—	—	—	9	—	3	—	3	—	6	—	2	—	1
stfalen	5	*1*	3	*1*	2	—	—	—	5	*1*	—	—	3	—	3	—	2	*1*	—
ssen-Nassau	6	*1*	5	*1*	2	—	—	—	7	*1*	4	*1*	1	—	5	*1*	2	—	—
einprovinz	12	*3*	14	*2*	4	*2*	—	—	18	*4*	5	*1*	11	*3*	16	*4*	2	—	—
henzollernsche Lde.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	53	*12*	65	*9*	23	*5*	—	—	88	*14*	39	*9*	29	*4*	68	*13*	16	*1*	4

[1]) Vom Kgl. Preußischen Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten zur Veröffentlichun
ersandt. Vergl. diese Ztschr. Bd. 60, S. 637; Bd. 62, S. 123. — Die Zahlen der in Privatanstalten beobachteten Personen
d *kursiv* gedruckt.

logie und Psychiatrie wird für April 1907 in Gießen beabs
ist für Ärzte und Juristen bestimmt, und es wird zur Deckung
eine Einschreibgebühr von 20 Mark erhoben. Vorläufige Anmeld
Verbindlichkeit sind an Prof. Dr. *Sommer* in Gießen zu richten.

Personal-Nachrichten.

Dr. ***Robert Gaupp***, bisher Priv.-Doz. u. Oberarzt in München, ist
nach Tübingen berufen und hat den Ruf angenommen.

Dr. ***Paul Pollitz***, dir. Arzt der Irrenabteilung der Strafanstalt zu
zum Dir. der Strafanstalt Derendorf kommissaris
worden.

Dr. ***Paul Holthausen***, bisher 2. Arzt in Tapiau, ist Oberarzt am La
in Haina,

Dr. ***Georg Lomer***, früher Oberarzt in Neustadt i. H., 2. Arzt in

Dr. ***Herm. Starke***, bisher auf dem Eichberg, Oberarzt in Neusta

Dr. ***Joh. Wende***, bisher in Kreuzburg, Oberarzt in Leubus und

Dr. ***Wilh. Holterbach***, bisher in Eglfing, Dir. der im Bau befindli
irrenanstalt bei Homburg (Pfalz) geworden.

Dr. ***Ernst Schultze***, bisher ao. Prof. in Greifswald, ist zum o. Pr
worden.

Dr. ***Mart. Reichardt***, Oberarzt an der psychiatr. Klinik zu Wü
sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. ***Ed. Hitzig*** in Halle, Geh. Med.-Rat u. Prof., ist zum Ehre
der Neurol. Gesellsch. in Tokio ernannt worden.

Dr. ***Paul E. Flechsig***, Geh. Med.-Rat u. Prof. in Leipzig, hat Ti
eines Geheimen Rates in der 2. Kl. des Hofranges erha

Dr. ***Alfr. Hoche***, Prof. in Freiburg, ist Geh. Hofrat,

Dr. ***Alb. Lilienfeld***, dir. Arzt d. Sanatoriums in Groß-Lichterfelde,
rat geworden.

Dr. ***Heinr. Schuele***, Geh. Rat, in Illenau hat das Kommenturkreu
Kgl. Württ. Friedrichs-Ordens erhalten.

Dr. ***Georg Meyer***, Geh. San.-Rat u. langjähriger (erster) Dir. der P
zu Osnabrück, ist am 16. Juli zu Oeynhausen im 88. Lebe

Dr. ***Reg. Pierson***, San.-Rat, geb. 19. November 1846 zu Berlin, bis
Leiter der Privatanstalt Lindenhof zu Coswig bei Dresd
13. August an Leberkarzinom, das sich bei einer Laparo
zuvor als inoperabel erwiesen hatte, und

Dr. ***Richard Schroeter***, Geh. San.-Rat, früher Dir. des Eichbergs, an
zu Freiburg i. Br. im fast vollendeten 67. Lebensjahre ges

Digitized by Google

itorische Aphasie bei Alkoholdelirien.[1])

Von

v. Vleuten, Assistenzarzt der städtischen Anstalt zu Dalldorf.

---

en alkoholischen Geistesstörungen sind wohl jene Formen wenigsten bearbeitet worden, welche unter den Begriffen hen Alkoholdelirien und der Alkoholdelirien bei Psychoterkunft fanden. Die Lehre von den Erscheinungen des Delirium tremens hat durch eine große Anzahl von zuletzt besonders durch *Bonhöffer*s Monographie, einen Abschluß gewonnen. Auch das sogenannte chronische irium, die *Korsakow*sche Psychose, ist, an der immerhin Anzahl der Fälle gemessen, in überreichem Maße be- beschrieben worden, und auch die akute Halluzinose r wurde in ihrer Eigenart abgegrenzt. Wenn etwas bei den sogenannten atypischen Alkoholdelirien in dem er nicht geschah, so mag der Hauptgrund dafür vieldem Umstande zu suchen sein, daß sie, untereinander schieden, einer Zusammenfassung die größten Schwierigegenbringen.

diesen Delirien, die, vom Delirium tremens deutlich vergleichwohl ihren Ursprung aus dem Alkoholmißbrauche ergen können, möchte ich in folgendem versuchen, ein ld abzuscheiden, das sich einer gesonderten Betrachtung sen dürfte. Bei der großen Anzahl der Alkoholpsychosen, erer Anstalt zu Gesicht kommen, war es mir mehrmals

Digitized by Google

aufgefallen, daß bei einer Abart des Alkoholdeliriums, chronisch, mit geringerer Heftigkeit und Verworrenheit d täuschungen, ohne kritischen Abschluß, besonders abe hältnismäßig sehr geringen motorischen Erscheinungen e gewisse Störungen der Sprache sich zeigten und mit dem des Deliriums wieder verschwanden, die von dem beim Delirium tremens gewöhnlichen Versprechen und Silb verschieden waren. Doch wurden diese Beobachtun systematisch verfolgt, bis ein besonders ausgesprochen einer eingehenderen Beachtung aufforderte. Seitdem ich jeden geeigneten Deliranten einer Aphasieprüfung bald zwei andere Kranke, die bei ähnlicher Erscheinun Psychose an derselben Art der Aphasie litten, und bei gleich bei der Aufnahme hinsichtlich dieser Störung ein Prognose gestellt werden konnte, die dann auch nach A Woche bestätigt wurde.

Ich möchte vorerst die drei Krankengeschichten i mitteilen und darf an dieser Stelle Herrn Geheimrat Dr. sowie Herrn Sanitätsrat Dr. *A. Richter* für die Erla Veröffentlichung meinen ergebensten Dank sagen.

Fall I.

Der frühere Maler, jetzige Gelegenheitsarbeiter H. wurde am auf Grund eines kreisärztlichen Attestes wegen alkoholistischer Ge zur Anstalt gebracht. Er liegt ruhig im Bett, schwitzt stark, da hochrot, die Hände und die vorgestreckte Zunge zittern, im Uri vorhanden. Abgesehen von einer sehr geringen Ungleichheit im Fa die körperliche Untersuchung sonst nichts Bemerkenswertes dar, i ist keine erheblichere Arteriosklerose und keinerlei Lähmung r Der Kranke ist örtlich und zeitlich nicht orientiert, glaubt sich in dorffstraße zu befinden und gibt das Datum falsch an. Es beste täuschungen des Gesichts und des Gehörs: Dragoner sind dur geritten, die Artillerie kam vorüber, auch hat er öfter wischende über die Decke gemacht, als wenn er Ungeziefer vertreiben wo deliriöse Zustand dauerte sieben Tage lang, wobei die Sinnestäus Nachts heftiger auftraten als am Tage, ohne jedoch mit der lebh rischen Unruhe verbunden zu sein, die sonst bei Alkoholdelirien ist. Das Delirium endete nicht mit einem kritischen Schlafe, s allmählich in den normalen Zustand über. Nach zwölf Tagen w

Digitized by Google

nte wieder aufstehen. Die Erinnerung an die Erlebnisse des
ar eine verhältnismäßig gute.
estisch wurde folgendes in Erfahrung gebracht: eine erbliche
sich bei ihm nicht nachweisen, dagegen ein allmählich steigender
rauch verbunden mit Alkoholintoleranz, welche übrigens schon
mehreren Jahren einen deliriösen Zustand bei ihm ausgelöst hatte,
Charité behandelt wurde. Eine Kopfverletzung erlitt er nicht,
er keine syphilitische Infektion durchgemacht haben, dagegen
te und Ende der neunziger Jahre mehrere Male Krampfanfälle,
er Bewußtlosigkeit einhergingen, zu kleinen Verletzungen führten
dige Amnesie zurückließen. Über den Ausbruch des Deliriums
an die Schwester des Kranken, daß er etwa vierzehn Tage vor
in die Anstalt verändert gewesen sei, er habe nachts schlecht
in der Wohnung umher gesucht und bei Fragen und Antworten
aucht, deren Sinn unverständlich gewesen sei. Er habe einmal
Schiebetuch verlangt und dies mehrmals ärgerlich wiederholt.
er noch immer getrunken, in den letzten Nächten sei der Zustand
vorden, zuletzt sei er mit der Sprache gar nicht mehr fertig ge-
mit Feuer gefährlich umgegangen und deswegen zur Anstalt ge-

eibt nun noch übrig, die Sprachstörung zu beschreiben, welche
sich wohl charakterisierte Alkoholdelirium begleitete. Sie fiel
der Unterhaltung auf, indem der Kranke die Worte ausließ,
nte und paraphasische Wortbildungen gebrauchte, dabei war das
ändnis erhalten, denn Aufforderungen einfacher Art befolgte er
fforderungen schwieriger Art hat er, während er sie an den letzten
Deliriums richtig ausführte, am zweiten Tage häufig verkehrt gelöst.
abei eine vollständig apraktische Reaktion. Als er ein Licht an-
führt er das brennende Streichholz an den Griff des Leuchters,
ht er, nachdem er das Streichholz weggeworfen, die Streichholz-
ben auf das Licht zu stecken, wie man sie etwa auf einen Streich-
stecken würde. Zu ähnlichen falschen Handlungen kommt er,
fordert wird, sich die Hände zu waschen. Daran, daß er sofort
Waschbecken geht und die Seife nimmt, ist zu erkennen, daß er
verstanden hat; dann aber nimmt er die Seife und hantiert damit
s Wasserhahnes herum und bohrt mit diesem in die Seife hinein,
ran verhindert, sagt selbst ärgerlich: „jawohl, jawohl", wickelt
die Seife in das daneben hängende Handtuch und legt alles zu-
das Waschbecken. Die spontane Schrift war gestört und para-
achgeschrieben wurde aber richtig, wie auch der Sinn des Ge-
in einigen Fällen richtig verstanden wurde. Das Nachsprechen
cht gestört, Gegenstände, die der Kranke vorher völlig paropha-
nte, nannte er richtig nach, wenn es ihm vorgesprochen war.

Digitized by Google

Zustandes trat auch die Sprachstörung zurück, um wenige Tage
zu verschwinden. Am deutlichsten trat das aphasische Verh
Erscheinung, wenn man dem Kranken Gegenstände vorlegte und
ließ. Ein Auszug aus drei Protokollen wird dies am besten k

8. Dezember 1903.

Kragenknopf:	„das ist das hier (zeigt n gegend) ein ..... e Zeitungspott.“
Filzpantoffel:	„zum gehen, wenn man a — ich kann es im nicht sagen.“
Vorhängeschloß:	„das habe ich auch ma sehen, da sind alles werke.“
Wozu gebrauchen Sie es?	„zum Schlafengehen.“
Ist es ein Teller?	„nein, nein.“
Ist es ein Vorhängeschloß?	„jawohl, damit bin ich ein
Brille:	„man nennt es ... Hoffe ich diesmal nicht dar gewesen ist.“
Graue Garnrolle:	„wo die Damen etwas
Was ist es denn?	„grau, gries oder gelb g
Zigarre:	„danke schön, das freu ein Simbel.“
Zigarrenspitze:	„jawohl, woraus man ra ein Raucher.“
Zehnpfennigstück:	„jawohl hier in der Tas hat da so — ich ka nicht finden.“
Zwanzigmarkstück:	(lacht): „jawohl, das wür freuen — nun ja — weiß es schon.“
Schreibfeder:	„das scheint mir hier ei sein.“
Was ist denn eine Limme?	„zu schreiben ..... al mit ein Vogelei schic
Lineal:	„eine entgegengesetzte L brauche ich auch zu m wenn ich schreiben m

9. Dezember 1903.

Brille:	„ich möchte am liebsten sagen ....“

Digitized by Google

„das gehört auch daher, — — ich weiß schon, das ist mir entfallen."
„Meßmarke" (macht ärgerlich mit der Hand die Bewegung des Schneidens).
er: „Boxblatt, kann man so runterreißen."
r: „zum Drücken — zur Schrift — daß es trocken sitzt."

zember 1903.

„das ist ein Ringer."
„Bolle."
r: „Thermometer."
er: „eine Birke, auch so zum Herausschneiden" (spricht das Wort dann richtig nach).
(zeigt nach der Halsgegend, nickt): „da gebe ich drauf Antwort, zum Umbinden, ein Seidewickel."
e: richtig.
richtig.
r: „ein Tüterken — jawohl, das ist etwas für Kinder."
„solch ein Dings zum durchgießen . . . ein Winkel."
„das war doch eben hier noch ein Feuerstrich."

. Dezember 1903 bezeichnete er dann alle ihm vorgelegten richtig.

Fall II.

stwirt G. wurde am 29. März 1904 auf Grund eines kreisärztchtens wegen chronischen Alkoholismus und deliranter Erscheie Anstalt aufgenommen.

gt Rötung des Gesichts, Injektion der Konjunktiven, Zittern der der Zunge, er schwitzt stark. Die Motilität ist sonst frei, es Analgesie des ganzen Körpers, Pupillen-Lichtreaktion ist vor- Zunge weist mehrere Bißnarben auf, in der Rückengegend eine andgroße Narbenstelle. Die Reflexe sind ohne Besonderheiten. Eiweiß.

anke weiß, daß er sich in Dalldorf befindet, zeitlich ist er aber ert. Er verkennt bald seine Umgebung und hält die Pfleger für Er hat Sinnestäuschungen des Gesichts, die des Nachts an nehmen. Mäuse wimmeln auf dem Boden, schwarze Männer n Bett, andere klemmen sich zur Tür herein. Dabei bestehen

elementare Lichterscheinungen. Es fehlten das Unterwuchern
Beschäftigungsdelirien und ähnliche Erscheinungen des typischen
deliriums völlig, die Aufmerksamkeit des Kranken war etwa so, wie
Alkoholhalluzinanten. Dieser deliriöse Zustand dauerte fünf bis s
dann besserte sich das Zittern und die Stauungserscheinungen, ein
Schlaf stellte sich nicht ein, noch acht Tage lang traten nacht
Träume, Flockensehen und Angstgefühle auf. Am dritten Tage des
hatte er nachts einen kurzen Krampfanfall mit Zungenbiß und nac
Amnesie. Am zwölften Tage nach der Aufnahme kann er aufsteh
das Delirium eine gute summarische Erinnerung und wird nach sech
lichem Aufenthalt entlassen.

Anamnestisch ergab sich, daß der Kranke aus sehr belastet
stammte, seine Mutter litt an schweren hysterischen Krämpfen, fü
Blutsverwandte waren geisteskrank, zwei davon in Dalldorf. Er
seit dem siebzehnten Jahre mit epileptischen Krämpfen behaftet; b
Anfall zog er sich eine tiefe Verbrennung des Rückens zu, vor se
fiel er beim Anfall vom Kutscherbock und wurde ohne Besinnung
Kopfverletzung nach Hause gebracht. Schwere Anfälle traten in
Zeit seltener auf, häufig aber Absenzen und Schwindelzustände. D
der Kranke seit zehn Jahren sehr viel Alkohol zu sich, täglich z
dreißig Glas Bier, dazu noch Portwein, Kognak und Wein. Seit Ja
hatte er zeitweise nächtliche Delirien und Angstzustände. Seit dr
konnte ihn die Ehefrau nicht mehr allein lassen, jede Nacht sah er
hörte klingeln und knallen, blieb vor Angst ganze Nächte lang
Stuhl mitten im Zimmer sitzen. Dabei verharrte er bei seinem
mißbrauche. Über die Sprachstörung, die, wie weiter unten b
werden soll, auch mit diesem Delirium verbunden war, sagten die A
spontan nichts aus, auf Befragen erzählten sie dann, daß er alle
mehreren Wochen, als die Delirien heftiger wurden, oft die Worte
sich durch Zeichen verständlich machte, in Geschäften auf die Di
kaufen wollte, ungeduldig mit dem Finger zeigte und sie durch
Ausdrücke „Dings“, „Sache“ umschrieb.

Was nun unsere Beobachtung über diese Sprachstörung
zeigte sich gleich am ersten Tage dasselbe auch hier; es fehlten
Worte, meist Hauptworte, die er auf das Umständlichste zu umsch
suchte oder durch Gebärden ausdrückte. Paraphasische Bildung
dabei fast niemals vor. Das Sprachverständnis war erhalten, Auff
befolgte er schnell und richtig, ebenso war die Fähigkeit nach
erhalten, nachschreiben konnte er, bei der spontanen Schrift läß
fach Silben aus. Das Lesen gelang ziemlich gut, doch verlas er
mals. Am fünften Tage seines Aufenthaltes, als die Delirien nachl
nun auch eine Besserung der Sprachstörung ein, die, wie die
Protokolle zeigen werden, so auffallend war, daß bei der Untersu

tig.

end der Tage, an denen er stark delirierte, finden sich z. B. in ollen folgende Antworten: (er benennt Gegenstände)

er:	„das ist eine Holzplatte — hab ich bei mir zu Hause auch — man nimmts zum Schreiben“ (macht die Gesten, findet die Bezeichnung aber nicht).
	„zum Schauern.“
man es denn?	„Borsten“ (nimmt es in die Hand, dreht es oft herum, dann: „Borsten zum Schauern“).
:	„Das weiß ich nicht“ — „Eisen“ (findet das Wort nicht).
	macht sofort die entsprechende Bewegung: „zum Trudeln — im Becher“ (findet das Wort nicht).
	„Tinte — Schreiben — das Ganze ist zum Schreiben — Schreibzeug“ (findet den Namen nicht).
Vasser:	„Wasser — hier drin.“
n Sie denn das Ganze?	„Ein Topf.“
	„da werd ich mal meine Frau rufen — —, lassen Sie man, ich werde es gleich sagen — — ein Apparat“ (findet das Wort nicht).
es?	„Ich weiß nicht anderes .... ein ... ich hab's auf der Zunge.“
:	„von Silber —, ich habe Gold — Tasche — —.“
ie:	„Fürs Geld.“
es denn nun?	„Das ist auch verschieden.“
s nun?	„Eine Tasche.“

mmt dann ein anderes Portemonnaie, sagt dabei richtig: „da fehlt Bei dem ersten war hinten eine kleine Tasche aufgenäht, die n fehlt.)

egel:	Ergreift ihn freudig, besieht sich, streicht sich den Bart, sagt „Tasche“ (macht die Bewegung des Einsteckens).
b mit Henkel:	„zur Bouillon.“
denn?	„zum Anhängen und Bouillon durch, Tee — ein kleiner Gegenstand.“

	„Hausaufschließen.“
Wie nennt man's denn?	„Na — zum Hausaufschließ
Stempel:	Macht sofort die richtige B sagt: „das habe ich Namen — (bringt das W heraus).
Notizbuch:	„das ist von Leder“ (schläg macht die Bewegung des Sc kann aber den Namen nicl
Abreißkalender:	„Pappe, das schneidet n allein ..... zum Abreiße die Bewegung richtig v nicht wie es heißt).
Ist es ein Tintenwischer?	„Nein, gar nicht.“
Ist es ein Notizbuch?	„Nein.“
Ist es ein Abreißkalender?	„Ja,“ (spricht das Wort rich „daran habe ich nicht
Streichholz:	„zum Anstreichen (macht di Bewegung) ich muß mich sinnen, wie man das nenn Sagt dann: „ach, die si der Schachtel (buchstab unter deutlich sichtbare samen Nachdenken den „Streichholz“.
Laterne mit Licht:	„Ein Transparent“ (macht e von Gestikulationen, we Bedeutung zeigen sollen am Restaurant“ (kommt Namen nicht).
Es wird ihm ein Schlüsselbund vorgehalten:	Sieht es eine Zeitlang a nach und sagt: „Nun j doch zum Schließen .... ein Bund .... eine ganz (findet die richtige Bez nicht).
Zigarre:	macht sofort die Beweg Rauchens, nickt verstän lacht: „zum Rauchen ... doch einen Namen — doch eine Sache, die hat Tage.“

Digitized by Google

„Borsten . . . Horn . . . na . . . zu den Zähnen“ (findet den Namen nicht).

„zum Spielen für Kinder“ (macht die richtige Bewegung mit den Händen) „Gummi . . . . . ich finde das nicht.“

en kamen aber auch wieder halbrichtige und richtige Reaktionen efanden sie sich bei weitem in der Minderzahl. Messer, Bleistift, Brille, Wachslichtchen, Löffel bezeichnete er richtig. In anderen tte er sich immerhin ungewöhnlich aus; bei einem Propfenzieher, n eine Bewegung sofort richtig charakterisiert, sagt er schließlich Suchen: „Flaschenaufzieher“.

age, an welchem das Delirium überwunden war, bezeichnet er Gegenständen alle richtig, nur daß er den Ausdruck „Stimmt finden kann, sondern ihn umschreibt: „zum Tonangeben im n“.

nliches Ergebnis hatte die Untersuchung am folgenden Tage, s immer noch auffallend, daß der Kranke zuerst durch eine sche Bewegung den Gegenstand bezeichnete, um dann erst das ge Wort zu finden, welches er sich sozusagen vorbuchstabieren nige Tage später ist dann aber auch diese Erscheinung zurück- der Kranke bezeichnet sämtliche Gegenstände, die ihm vorgelegt rt richtig.

Fall III.

achdecker August F. kam durch die Polizeiwache zur hiesigen war beim Betteln aufgegriffen und auf der Wache sehr erregt o daß er sich eine Verletzung am Kopfe zuzog. Bei seiner chwitzte er stark, zeigte die gewöhnlichen Stauungserscheinungen isten, die stark belegte Zunge wies am Rande mehrere tiefe n auf. Er war nicht orientiert, glaubte in einer Schule zu sein, Datum falsch, konnte aber über seine Personalien eine Reihe achen, die sich später als richtig erwiesen. Er hatte zahlreiche ungen des Gesichtes und des Gehörs, er sah Mäuse, Katzen und e Geräusche, Pfeifen, Schießen und ähnliches. Die motorische dabei eine sehr geringe, das Händezittern verhältnismäßig unerieser Zustand dauerte fünf Tage an, wobei die deliriösen Er- in den letzten Tagen nur noch des Nachts auftraten. Das ches sich zu Anfang im Urin gezeigt hatte, verschwand dann der Kranke konnte nach zehn Tagen das Bett verlassen. Die rgab, daß eine recht erhebliche erbliche Belastung vorlag, von chwestern die eine geisteskrank, die andere epileptisch war, r andere Geschwister klein, meist an Krämpfen, starben. Der

einem halben Jahre. (Eine Aura besteht nicht, doch will er mel
den Anfällen verwirrt gewesen sein.) Recht erheblichen Alkoh
gibt er zu, 30 bis 40 Pfennig pro Tag. Auch er zeigte hinsicl
Sprache dieselben Störungen wie die beiden oben angeführten K
lange wie deliriöse Zustände bei ihm vorhanden waren, war e
möglich, eine Reihe Gegenstände, die ihm vorgelegt wurden, z
er nannte sie entweder falsch oder wählte eine Umschreibung da
hervorging, daß er den Gegenstand zwar richtig erkannt hatte,
benennen konnte. Das Nachsprechen war ungestört, die Schrift
geprüft werden, da er sich weigerte zu schreiben. Beim Lesen t
lich Verlesen auf: statt „Bäder und Sommerfrischen“ liest er: „
Samariter“. Gegenstände benennt er während seines Deliriums:

Spiegel: „so ein Dings“ (nimmt's
sieht hinein) „so ei
zum Kieken.“

Korkzieher: „jawohl zum Trinken, ei

Zigarrenspitze: „gelb, gelbes Stück.“ (ma
wegung des Rauchens
Achseln, wendet sich

Tintenflasche: nickt zuerst, sagt: „z
schreiben“ (findet sch
Wort nicht).

Taschenmesser: besieht es lange, runzel
sagt schließlich wi
„ein . . . ein Abschne

Streichholzschachtel: gebraucht sie richtig, ber
völlig unverständliche

Uhrkette: zeigt durch eine Beweg
hingehört, sagt dann

Dazwischen gibt er auch einige richtige Antworten, wie: S
Barbierpinsel; andere halb richtige: einen Nähring nennt er Bl
Schnupftabaksdose: Schnupftabakskasten. Mehrmals nennt er
zeichnungen, die von einer besonders sinnfälligen Eigenschaft des
Gegenstandes genommen sind. Den geschüttelten Schlüsselbun
„Klingler oder Klingel“, eine Flußmuschel, die zufällig hin und
bezeichnet er nach langem Hinstarren und Suchen mit den
„Schaukel“. Nach Verlauf von fünf Tagen bezeichnet er dan
Gegenstände richtig, Korkzieher als Propfenzieher, die Musch
muschel usw.

Beim Vergleichen dieser drei Fälle läßt sich e
ausgesprochene Ähnlichkeit erkennen, daß es berechtigt
eine Gesetzmäßigkeit als Ursache dieser Gleichförmig

Wenn man nun also die Behauptung aufstellen würde, er beschriebene Aphasie in derselben Weise ein Symptom rtigen deliriösen Prozesses sei, wie die Sinnestäuschungen das Eiweiß im Urin, so würde in erster Linie eingeworfen nnen, daß diese Aphasie mit dem Delirium nur mittelbar tun habe, daß sie das Primäre, das Delirium aber kundäres sei. Eine Blutung oder Erweichung im Gehirn Aphasie verursacht, zugleich aber als Trauma gewirkt Delirium nach sich gezogen. Es ist unbestreitbar, daß artiges nicht selten vorkommt. Dem wäre aber entgegen Eine Blutung, die stark genug wäre, daß sie als Trauma umauslösend wirken könnte, müßte zugleich so erheblich wenigstens ein paar Tage lang ein viel schwererer, gen Allgemeinerscheinungen von seiten des Gehirns ender Zustand hätte bestehen müssen, es hätten irgend- ähmungen des motorischen Apparates vorhanden sein Dies alles war aber in unseren Fällen nicht vorhanden, nd in der Anstalt schwerere zerebrale Allgemein- ngen beobachtet, abgesehen von einer geringen und n Facialisschwäche bei einem der Kranken, noch kam s bei den beiden ersten Fällen etwas Derartiges zu Hause n ihrer allmählichen Erkrankung erfreuten sich die Beiden ufällig zu Hause einer besonders sorgfältigen Aufsicht . Auch würde, falls die Aphasie das Primäre gewesen, g der Sprachstörung nicht immer gleichzeitig mit dem Sinnestäuschungen eingetreten sein, wie bei unseren ken.

weiterer Einwurf könnte gegen die Aphasie selbst sein. Man könnte die Meinung aussprechen, daß die nsbesondere das Nichtbenennenkönnen der Gegenstände Kranken nur eine scheinbare sei und sich auf eine Weise erkläre: durch Verkennung, durch Illusionen oder ionen, durch das bei Delirien fast stets vorhandene en, oder schließlich gar durch ein Unvermögen der Apparate durch Amblyopie.

Digitized by Google

zuerst auf dies letzte einzugehen, so muß zugegeben

einer genauen Prüfung des peripheren optischen Appa
einfachen Alkoholamblyopien verflüchtigten. Somit mu
bei unseren Fällen auf eine Feststellung der Sehschärfe
optischen Funktionen in erster Linie Gewicht gelegt
Es ergaben sich keine Gesichtsfeldausfälle, es bestand
Presbyopie in zwei Fällen, im dritten mäßige Myopie.
schärfe war bei allen drei Kranken eine volle oder annähern
Schon aus dem Umstande, daß sie ziemlich kleine Buchst
Zahlen richtig lesen konnten, geht hervor, daß nicht e
störung den aphasischen Zustand verursacht habe. Noch
läßt sich dies aber feststellen, wenn man sich erinnert, wie h
die Gegenstände. die nicht benannt werden können, um
werden und wie auffallend es ist, daß die Benutzung
benannten Gegenständen so oft richtig angegeben wird.
änderte es nichts an den Antworten der Kranken, wen
Gegenständen mit einer entsprechenden Brille betrachten
Das wurde mehrfach festgestellt.

Der Einwurf, daß Illusionen und Halluzinatione
wesentlichen Anteil an den falschen resp. versagenden A
haben könnten, wird durch denselben Umstand, daß
umschrieben wird und die Benutzung richtig gezeigt wird, e
Ganz vereinzelt kommt ja allerdings einmal eine Reak
auf Illusion zurückgeführt werden könnte; so nennt
einmal einen Schlips „eine Puppe“, einen Bleistift „Fed
Daß selten einmal eine derartige Verkennung vorkommt,
verständlich; aber keineswegs genügt dies, um die a
Störung hervorzurufen, an der unsere Kranken litten.

Was endlich das Versprechen der typischen Delirante
so findet es sich bei Fällen von Delirien, die eine so g
merksamkeit zeigen wie die drei angeführten Kranken, t
nur in geringem Grade und betrifft Silben und Buchstaben
ganze Worte. Aber auch hier ist wieder von entscheide
deutung, daß unsere Kranken umschrieben und durch Handb
andeuteten, daß sie es richtig meinten, aber nicht sagen

[1]) Die spezialistische Untersuchung verdanke ich Herrn Pr

Digitized by Google

eiterer Beweis dafür, daß nicht einzelne oder etwa alle besprochenen Möglichkeiten zusammen wirkten, um das Aphasie vorzutäuschen, liegt darin, daß diese Störung cheinungen darbietet, die von einer wohlbekannten und riebenen Aphasieform nicht abweichen. Das spontane ist gestört, es fehlen Worte, während die Kranken ssen, was sie sagen wollen und die Bedeutung eines ides durch Gesten z. B. deutlich machen können. t bei zweien der Fälle die spontane Schrift paragraphisch, erung des Dritten, zu schreiben, mag vielleicht Zeichen ner Versuche sein. Nachsprechen gelingt dagegen voll- ebenso Nachschreiben, das Lesen ist, abgesehen von chem Versprechen, auch gut, das Verständnis für das vorhanden. Diese Störung ist somit als eine unvollständige kale motorische Aphasie *Wernickes*, als amnestische *Kußmauls*, als Sprachbildvergessenheit *Ballets* aufzufassen. chverständnis ist vollständig erhalten. Die Kranken asymbolisch, denn es gelingt nicht, sie zum richtigen eines Gegenstandes zu bringen, wenn man ihnen diesen ere Sinnesgebiete, etwa Tastsinn oder Gehör, zugänglich Die drei Fälle sind ihrer Schwere nach geordnet, bei n zeigt sich neben der Unfähigkeit, die Worte zu finden, t ausgesprochene Paraphasie, einen Tag lang sogar gen von motorischer Asymbolie, von Apraxie, der zweite e Fall sind unvollständige, aber reine transkortikale e Aphasien, der zweite schwerer als der dritte.

nun also einmal zugegeben werden müssen, daß die virklich Ausdruck desselben Krankheitsprozesses ist, der Sinnestäuschungen und die anderen deliriösen Er- en hervorgebracht hat, so entsteht die weitere Frage, klinischen Art diese Delirien angehören. Aus der und der Betrachtung des ganzen Verlaufs geht hervor, holmißbrauch und Epilepsie an der Entstehung mit- haben können. Soll nun vielleicht der Alkohol allein tände bewirkt haben? Dafür sprechen verschiedene ; die Anamnese läßt bei allen drei Kranken bis zum

Digitized by Google

feststellen; daß dagegen epileptische Anfälle kurz vora
wären oder während des Deliriums sich gezeigt hätten,
nur bei Fall II nachweisen, der in unserer Anstalt ein
Krampfanfall hatte, während bei den beiden anderen Fäl
Derartiges nicht vorgekommen zu sein scheint. Weiterh
die Eigentümlichkeit der Sinnestäuschungen für Alk
In allen drei Fällen bestanden vorwiegend Tiervisio
Dauer der deliranten Erscheinungen ist von der d
Alkoholdelirien kaum verschieden gewesen, und
Erscheinungen von seiten des Herzens und der Nier
dieselben wie beim Delirium tremens. Gleichwohl gl
daß man trotzdem den Alkoholmißbrauch allein für di
störung unserer drei Kranken nicht verantwortlich mac
Während es schon gewisse Eigentümlichkeiten des
zweifelhaft erscheinen lassen, fällt eine andere Tatsache
ins Gewicht. Ich habe eine erhebliche Reihe von reinen
deliranten einer Aphasieprüfung unterworfen. Läßt
Gegenstände benennen, so verspricht sich der mit
tremens Behaftete gelegentlich, bezeichnet aber die Ge
entweder prompt richtig, meist mit einer humoristischen
oder illusioniert im Sinne seiner Visionen, nennt ein
eine Maus und einen Propfen ein Radieschen. Das
sich jedenfalls feststellen: ist bei einem reinen Alkoh
die Besonnenheit und die Aufmerksamkeit verhältnismäß
so gut wie bei unseren drei Kranken, so benennen
richtig. Kann somit Alkohol allein nicht verantwortlich
werden, so ist es andererseits gleichfalls ausgeschlo
Epilepsie allein diese Zustände bewirkt habe. Abges
den Angaben der Anamnese muß hervorgehoben wer
der ganze Eindruck dieser Psychosen nicht der rein ep
Delirien war, der Bewußtseinszustand war ein erheblich
nach Ablauf des Deliriums bestand eine recht gute E
an die Vorgänge während der Krankheit. Weiterhin
charakteristische Affekt, ferner Größenideen und W
religiöser Färbung, auch fällt das Auftreten und Ver
des Eiweißes im Urin als Beweis einer Mitwirkung des

Digitized by Google

ichen Formen beteiligt war, wird wahrscheinlich gemacht,
n sich an die auffallenden aphasischen Störungen er-
e gelegentlich sich kurz nach dem epileptischen Anfall
nnen, und auf die *Pick* meines Wissens zuerst aufmerk-
acht hat. Darauf möchte ich weiter unten noch näher
Jedenfalls machen die vorangehenden Erwägungen
em Grade wahrscheinlich, daß Epilepsie und Alkoho-
bei unsern Fällen in eine gewisse Wechselwirkung
ind und diese Psychosen als Mischformen, als epileptisch-
he Delirien anzusprechen sind.

rtige vorübergehende Aphasien sind bei Intoxikations-
ktionsdelirien keineswegs sehr selten. Wir finden sie
urämischen Verwirrtheitszuständen, wie es von *Rose*
nski beschrieben wurde. Sie zeigt sich weiterhin bei
e und bei Scarlatina. Ähnliches hat auch *Ballet*, der
der „innerlichen Sprache", an sich selbst nach einer sehr
n Nicotinintoxikation wahrgenommen und in seinem
chst anschaulich beschrieben.

auch solche Beobachtungen für uns wichtig, schon um
nsern Fällen zu vergleichen, so liegt aber eine andere
noch erheblich näher, ob nämlich bei den alkoholischen
ptischen Delirien eine derartige wohl charakterisierte
chon vorher beschrieben sei. Um zuerst mit den alkoho-
elirien zu beginnen, so ist es allerdings auffallend, daß
unabsehbaren Material, das vorliegt, meines Wissens nur
es Mal eine hierher gehörende Beobachtung veröffentlicht
n seiner Arbeit zur Kenntnis der Alkoholdelirien stellt
den Satz auf, daß „bei manchen selteneren Formen
chronischen Alkoholmißbrauch herbeigeführten akuten
toxischen Erkrankungen sich gelegentlich innerhalb der
erscheinungen lokalisierbare, auf bestimmte Rinden-
hinweisende klinische Symptome nachweisen lassen,
durch große Vielgestaltigkeit und durch die Eigentüm-
auszeichnen, daß sie mehr oder weniger rasch der
zugänglich sind." Um diesen Satz zu stützen, beschreibt
zwei Fälle, die nach vorausgegangenen Krampfanfällen

Digitized by Google

Bild mit Benommenheit, Jactation, Deviation des Kopfes,
drehungen um die Längsachse und hoher Temperatur
Während dabei der eine Fall nur kortikale Symptome v
des Motoriums zeigte, bestand bei dem zweiten Fall
auch Paraphasie. In beiden Fällen entwickelte sich a
Tage ein charakterisches Alkoholdelirium, während die k
Symptome bestehen blieben. Am achten und neunt
schloß dieses Delirium dann mit einem kritischen Sch
und die kortikalen Symptome verschwanden zugleich
deliriösen Erscheinungen. Wenn auch der zweite Fall *Bo*
durch das gleichzeitige Bestehen und Abklingen der Pa
und des Deliriums eine gewisse Ähnlichkeit mit unse
obachtungen hat, so sind gleichwohl die Unterschiede sehr e
Von einem schweren, mit hohem Fieber, Benommenh
einhergehenden zerebralen Allgemeinzustand ist bei
Fällen nichts zu spüren. Im Gegenteil führte ich dies
eines schweren Allgemeinzustandes gerade differentialdiag
gegen Apoplexie ins Feld. Ebenso ist auch der Ver
anderer, bei unserm Kranken dauert, wenn man die A
mit berücksichtigt, der deliriöse Zustand wesentlich lä
aber weniger heftig, auch fehlt der kritische Abschluß. B
bemerkenswert ist aber die Tatsache, daß auch in den *Bonhoe*
Fällen die Psychose durch einen Krampfanfall eingeleit
Dies regt die Frage an, ob denn bei den epileptischen Verw
zuständen und Delirien etwas Ähnliches beobachtet wur
im Zusammenhang mit Epilepsie auftretenden Sprachs
wurden von *Räcke, Heilbronner* und *Bischof* bearbeitet
Autor hebt hervor, daß es sich häufig dabei um *Jac*
Epilepsie handelt, daß in anderen Fällen dauernde
seitige Lähmungen bestehen. Als rein funktionell en
faßt er „nur die allgemeinen, motorischen und sen
Aphasien auf, die häufig mit Seelenblindheit oder recht
Muskelerschlaffung verbunden, unmittelbar nach den
auftreten". Ich finde in dieser Literatur keine Beob
die so große Ähnlichkeit mit den Störungen unse
Kranken aufwiese, wie die folgende, die ich in aller K

Digitized by Google

ranker, der sich noch jetzt in unserer Anstalt befindet, leidet an
Er war zugleich dem Alkoholmißbrauch ergeben und wurde drei-
Charité wegen Delirium potatorum behandelt, das anscheinend
ief. In unserer Anstalt wurden mehrmals Krampfanfälle bei ihm
nachdem er wegen eines heftigen Erregungszustandes überführt
r. Daneben traten kürzere Dämmerzustände auf. Einen dieser
nehrere Monate nach seiner Aufnahme, konnte ich von Anfang
e beobachten. Nach einem kurzen ohnmachtsähnlichen Anfall,
se des Gesichts einherging, antwortete der Kranke etwa 10 Minuten
lle an ihn gerichteten Fragen monophasisch: „das ist auch so",
nielt er sich bei vorgelegten Gegenständen. Wieder 10 Minuten
er schon ganz orientiert war, seine Umgebung richtig erkannte,
er, als ihm z. B. ein Rasierpinsel gezeigt wurde, nachdem er die
richtig vorgemacht: „ein kleines . . . ein Bukett nicht . . . . .
daß ich nicht drauf kommen werde". Bei einem Pfeifenabguß
„das ist Rauch, vom Rauchen, von der Rauchpfeife, das ist das
Einen Schlips bezeichnet er als „um den Hals eins". Dabei
tig vor, befolgt mehrere Aufforderungen richtig und konnte, als
linuten verflossen waren, sämtliche Gegenstände richtig benennen.
te am folgenden Tage jede Erinnerung an den Anfall und daran,
vorgelegten Gegenstände nicht habe benennen können.

Ähnlichkeit dieses Zustandes mit der aphasischen
die unsere Kranken darboten, ist sehr auffallend. Es
Gegenstände, deren Bedeutung durch Gesten angezeigt
richtig umschrieben wurden, nicht benannt werden,
e in unseren Fällen, während das Nachsprechen und
frei waren. Von einer Prüfung der Schrift mußte
r Flüchtigkeit der Erscheinungen abgesehen werden.
l muß auf das Symptom der vollständigen Amnesie,
bei diesem Epileptiker bestand, besonders Rücksicht
werden. Unsere drei Kranken hatten nachher eine
der gute Erinnerung an die Erlebnisse ihrer Delirien,
ere an die Prüfung mit den Gegenständen. Man könnte
etrachtung der epileptischen Aphasien folgenden Gesichts-
eine theoretische Beurteilung der transitorischen Aphasien
n drei Deliranten gewinnen: keineswegs läßt sich bei
leptischen Dämmerzuständen in der Lösungszeit eine
Sprachstörung nachweisen; meistens geht die Phase
phasie, des stereotypen „ich weiß nicht!" ohne Über-

Digitized by Google

also, daß der Epilepsie erregende Prozeß in manchen Fa
betreffenden Sprachgegenden mehr angreife, in manchen
Es ließe sich nun denken, daß bei solchen epileptischen Ind
bei denen sich wirklich eine derartige Aphasie zeigt, die
gegend des Gehirns durch das unbekannte Gift der E
eine derartige Schädigung erfahren habe, daß sie nu
anderen Angriffen gegenüber sich besonders widerstands
erweise. Würde also ein derartiger Kranker von einem A
delirium befallen, so würde die geschwächte Stelle mit i
Linie außer Funktion gesetzt, folglich neben den Ersche
des Alkoholdeliriums die aphasische Störung sich zeig
mit dem Verschwinden jener auch selbst zurücktreten.

Es bleibt nur übrig, noch einmal diejenigen Sym
welche diese drei Deliriumfälle gemeinsam hatten, in
hervorzuheben; dabei kann ich mich, was die Zeit vor d
nahme in die Anstalt betrifft, nur auf die beiden erste
achtungen stützen, die eine sehr gute Anamnese ergaben,
der letzte erst von der Stunde der Aufnahme ab verwendb

Der Beginn ist ein allmählicher. Langsam im
einiger Wochen steigern sich die deliriösen Erschei
parallel damit geht eine langsame Entwicklung der apha
Störung. Auf der Höhe des Deliriums bestehen neben
kortikaler motorischer Aphasie bewegte Halluzination
Gesichts, meist Tiervisionen, doch auch Sinnestäuschung
Gehörs, die Orientierung ist gestört. Dabei ist die Aufm
keit eine verhältnismäßig gute, auch versinkt sie nicht so
wie beim typischen Alkoholdelirium. Suggestivhalluzi
und Augendruckvisionen sind nicht hervorzurufen, ein
tigungsdelirium zeigt sich nicht; die motorischen Ersche
sind überhaupt sehr gering. Während des Deliriums
eine gewisse latente Krankheitseinsicht. Im Urin ist
nachzuweisen. Ohne kritischen Schlaf, fast so allmähli
es sich eingeschlichen, läßt das Delirium auch wieder n
demselben Verhältnis bessert sich auch die Sprachstörung
Ablauf des Deliriums besteht eine recht gute Erinnerung
durchgemachte Krankheit. In allen drei Fällen sind

Digitized by Google

ner während des Deliriums beobachtet. Alle drei zeigen
i von deutlichen arteriosklerotischen Veränderungen,
ische Insulte und Lähmungen sind bei keinem nachzu-

drei Beobachtungen fallen in den Zeitraum eines Jahres,
ß auf die Häufigkeit oder, besser gesagt, auf die Selten-
ses Zustandsbildes dürfte jedoch aus diesem Umstande
ht gezogen werden können.

Digitized by Google

Zur Kenntnis der Psychosen der Morpl abstinenz.

Zugleich ein Beitrag zur Ätiologie der Ament

Von

Dr. **F. Chotzen.**

Daß das Morphium bei chronischem Mißbrauch im zu anderen Giften keine eigentlichen Psychosen mac stimmen die Autoren fast alle überein (*Levinstein* (*meyer* (2, 3), *Obersteiner* (4), *Heiberg* (5), *Deutsch* (6), *We Kräpelin* (8), *Ziehen* (9) u. a.). Wo bei chronischen Mo Geistesstörungen auftreten, da werden sie zumeist auf d zierenden gleichzeitigen Vergiftungen mit anderen Gi besondere Alkohol, Chloralhydrat und Kokain zurückgefüh *witz* (10), *Erlenmeyer* (2, 3), *Kräpelin* (8), *Ziehen* (9) der Abstinenz dagegen entstehen Geistesstörungen; bei Entziehung nach Angabe aller Autoren fast regelmäßig, auch bei reinen Morphinisten. Der Ausbruch dieser psychosen scheint an die Morphiumentziehung geknüpf die Komplikationen kommen dafür weniger in Betra besondere nicht das jetzt wohl am häufigsten mit dem kombinierte Kokain. Dieses soll bei der Abstinenz Symptome machen, während die chronische Intoxikatio ganz regelmäßig Geistesstörungen im Gefolge hat; es äl *Kräpelin* (8) hervorhebt, in dieser Beziehung am mei Alkohol. Dagegen besteht hierin eine gewisse Gegens zwischen ihm und dem Morphium, die schon *Ziehen* e

en nicht dem wohlabgrenzbaren Bilde einer spezifischen
auch sind sie noch keineswegs genügend analysiert.
verden sie nach dem Vorgang von *Levinstein* (1) als
tremens der Morphiumsucht bezeichnet. Es ist aber
Übersicht über die Schilderung der in der Morphium-
auftretenden Psychosen, welche die einzelnen Autoren
ne weiteres ersichtlich, daß ganz verschiedene Zustände
kommen. Alle Autoren erwähnen Angstzustände, De-
und Tobsucht. Als ausgesprochene Psychose schildert
(1) sein Delirium tremens acutum: eine 6—12 Stunden
Entziehung eintretende Psychose, die mit Erregung,
mherlaufen, Weinen, Schreien beginnt; schließlich tritt
Einwirkung von schmerzhaften Sensationen und Hallu-
Tobsucht ein, die etwa eine Stunde anhält, an sie
ch dann ein ruhigeres Stadium mit Halluzinationen aller
er Geschmack, und Wahnvorstellungen hypochondrischen
s. Die Kranken glauben gestorben zu sein, ihre Beer-
sehen zu haben, unterhalten Selbstgespräche mit ab-
Personen. Starker Tremor, Muskelzucken, Nystagmus.
m länger als 48 Stunden. Außerdem berichtet er von
nischen Form, auf die wir noch zurückkommen.
meyer (2) erwähnt Delirien mit ruhigem und erregtem
verhalten von meist kurzer Dauer. Die schwere Form
er ganz ähnlich wie *Levinstein*, Dauer einige Stunden bis
e. Eine andere länger dauernde Psychose ist ein hallu-
er Verfolgungswahn, mit Halluzinationen des Gesichts
s, selten des Geruchs und Geschmacks, der monatelang
kann, aber hauptsächlich bei Komplikation mit Alkoho-
rkommen soll. *Jastrowitz* (10) erwähnt Angstzustände
gung, geringere oder stärkere Verwirrtheit mit Sinnes-
en und vereinzelten Verfolgungs- und Beeinträchtigungs-
che, mehr abgerissen vorgebracht, delirienhaften Charakter
cht entfernt systematisiert sind. — Diese Delirien tragen
s Tremors eine starke Ähnlichkeit mit dem Delirium
ieses hält jedoch länger an und geht mit tieferer Be-

Digitized by Google

und Tage, nur in einem Fall betrugen sie mehrere Wo

Was diese Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens holisten betrifft, so scheint sie, wie schon obige Zusamm erwarten läßt, hauptsächlich auf das äußere Verhalten zu sein, *Jastrowitz* schreibt direkt „wegen des Tremors nun auch genaue Analysen nicht gegeben werden, so die Unterschiede gegen das Alkoholdelirium auch aus d Schilderungen zu entnehmen. *Levinstein* glaubt aller Bezeichnung nicht weiter rechtfertigen zu müssen, weil rium tremens der Morphiumsucht „aus einer Reihe von nungen besteht, die fast alle Merkmale des alkoholisc riums tragen". Auch beziehen sich die Unterscheidungsm die er selbst anführt, mehr auf Verlauf und äußeres Bil neben der schon erwähnten kürzeren Dauer die, daß phiumdelirium stets ein Abstinenzdelirium ist, daß de auf der Höhe des Deliriums sich nicht verliert, sondern daß Morphium in größeren Dosen eine kupierende Wir und endlich, daß sich an das Delirium tremens der Al ein Collaps anschließen soll, der nicht selten tödlich e bei dem Delirium tremens der Morphiumsucht ausfäll seiner Schilderung aber figurieren Geruchshalluzinati Wahnideen mit hypochondrischem Charakter, die doch schen Bilde des Alkoholdeliriums gänzlich fremd sind. *E* hält auch die Bezeichnung Delirium maniacale für zu *Jastrowitz* hebt die Verwirrtheit hervor mit Sinnestä und vereinzelten Verfolgungs- und Beeinträchtigungsidee *ham* (11) gab eine genauere psychische Analyse eines F Grund dessen er als Unterschiede gegen das Alkoholdel führt: die durchweg gehobene Stimmung, den meist Inhalt der deliriösen Erlebnisse, die zum Größenwahn te Alteration des Ichbewußtseins, bei im groben erhaltene desselben; einen gewissen Grad von Krankheitseinsicht; den deliriösen Erlebnissen vorübergehend gefälschte, bei des Kranken erhaltene Situationsbewußtsein; die norma fähigkeit, die nahezu normale Aufmerksamkeit, die Fä

Digitized by Google

en Bilde nach den obigen Unterscheidungen erhebliche
en ihm gegenüber bestanden.

kommen, wie *Kräpelin* einwendet, diese von *Abraham*
obenen Merkmale der Mehrzahl der Delirien der Morphi-
cht zu. Es ist ja aber schon aus den Verschiedenheiten
derung, insbesondere der mannigfach verschiedenen
er Psychosen, ersichtlich, daß alle die Psychosen der
abstinenz keineswegs einheitlich zu betrachten sind und
nicht alle mit demselben Vergleichsobjekt in Beziehung
erden können. Wir werden die allerverschiedensten Zu-
der Morphiumabstinenz von vornherein erwarten müssen.
nd es schon abnorme Personen, welche morphiumsüchtig
nach *Erlenmeyer* solche, die zu gewissen Neurosen und
disponiert sind, nach *Levinstein* nervöse Menschen.
erwähnt unter den für den Ausbruch von Abstinenz-
prädisponierenden Momenten eine starke Veranlagung,
ei jeder Krise Delirien setzt. Wo danach Depression,
rstellungen und ähnliches der Entziehung folgten, da
an mit Sicherheit annehmen, daß sie schon vor dem
gebrauch vorhanden waren, durch denselben unterdrückt
die Entziehung wiederum manifest wurden.

erden also einmal Erscheinungen der angeborenen Psycho-
treten. *Erlenmeyer* und *Jastrowitz* erwähnen hysterische
e als regelmäßige Erscheinung, ersterer schildert ganz
e Geistesstörungen, und auch *Kräpelin* sah einen aus-
hysterischen Dämmerzustand mit Krämpfen während der
entziehung. Außerdem aber ist der reine Morphium-
sehr selten, es besteht zumeist daneben noch Mißbrauch
al, Alkohol, Kokain oder Chloroform. Mit Ausnahme
in können auch sie für den Ausbruch von Psychosen in
nenz in Frage kommen und jedenfalls werden sie für
der auftretenden Störung nicht gleichgültig sein. Damit
nur eine große Mannigfaltigkeit von angeborenen und
n psychotischen Erscheinungen gegeben, sondern vor
ch durch ihre Mischung die Wahrscheinlichkeit sehr

ei zwei chronischen Morphinisten reine wohlcharakte
sychosen zu sehen, die durchaus einem ganz bestimmten
chen Bilde, nämlich der Amentia, unterzuordnen waren.
eobachtung ist m. E. wohl nichts Zufälliges, sondern sie
ielmehr darauf hin, daß die Analogie für die Psychose
Iorphiumabstinenz vielfach weniger beim Delirium treme
lkoholisten, als vielmehr bei der Gruppe der Erschöpfung
er verwandten Psychosen zu suchen sein wird, was für da
tändnis eines großen Teils dieser Psychosen aufklärend
ürfte.

Die eine Psychose wurde hier in der Anstalt beobach

Paul R., Apotheker, geboren 12. September 1874.[1])

Vater jähzornig. Mutter stark nervös, desgleichen Schwester.
elbst schildert sich als von jeher jähzornig und übelnehmerisch.
chule gut gelernt, leicht aufgefaßt, aber leichtsinnig und faul. I
bgegangen, Abiturientenexamen später gemacht. Drei Jahr Apotheker
amals schon auf Anraten eines Kollegen eine Messerspitze Kokain,
bgespannt ins Geschäft kam. Seit 1903 regelmäßig Narkotika, a
uerst Kokain subcutan, dann kleine Dosen Morphium.

Mai 1903 wegen eines pathologischen Rausches in hiesiger Ansta
em er zwei Flaschen Kognak und 2 g Opiumtinktur innerhalb gan
eit zu sich genommen hatte. Damals gab er an, daß er schc
Iorphium und Kokain nehme, seit einem Monat aber nur noch Opium i
atte auch zahlreiche Stichnarben. Anfang 1904 größere Dosen M
ubcutan, außerdem „zum Abgewöhnen" Opium, und zwar reinen Opiun
Iabe nie somatische Störungen oder Halluzinationen gehabt. Kokain
nd wieder genommen. Eine Zeitlang nahm er Opiumtinktur, angeb
inf- bis sechsmal! (?). 1906 wieder größere Dosen Opium pur

[1]) Herr Privatdozent Dr. *Schröder* stellte mir in liebenswürdig
rivate Notizen über den Kranken. sowie ein Literaturverzeichnis
igung, welche beide oben mitbenutzt wurden. Es sei ihm auch a
telle mein Dank ausgesprochen.

Digitized by Google

ium sucutan. Dann Entziehungskur. Im Anschluß daran sei er
vorden, er selbst kann über diese Zeit keine genauen Angaben
Schwester gab an, seit November 1905 sei Patient zu Hause, ohne
r mit Lesen beschäftigt. War sehr reizbar, sprach viel, hatte keine
hs Wochen vor der Aufnahme hier verwirrt, sprach konfus, wurde
l delirant, verkannte, hielt die Schwester für die Göttin Maja.
hr erregt, wollte fort, lärmte. In dieser Zeit kolossale Gewichts-
starker Kräfteverfall. War von den Ärzten aufgegeben, die nur
ge Tage Leben voraussagten. In der letzten Zeit nur wenig Mor-
-3 cg.

April 1906 aufgenommen.

hinfällig, schlechter Ernährungszustand, miserabler Puls.

kommen unorientiert. Leichte Bewegungsunruhe, beschäftigt sich
ecken, versucht das Bett zu verlassen, wälzt sich umher. Lebhafter
, völlig inkohärent, überaus ablenkbar, hypermetamorphotische
gen, Echolalie. Selten eine sinngemäße Antwort, schweift aber
nd redet inkohärent weiter. Große Auffassungserschwerung, wieder-
ngere Zeit eine Frage, bis endlich, zuweilen nach verworrenem
en das Verständnis auftaucht. Pupillen reagieren; lebhafte Sehnen-
chlaffe Gelenke. Herztöne laut, kein Geräusch. Puls gegen 70,
hlreiche Stichnarben auf der Haut.

April. Benommen, delirant. Puls schlecht. Wiederholt Campher
esen. Morphium weggelassen.

April. Halluziniert, hört die Angehörigen sprechen, hört Revolver
sieht Männer im Blute liegen. Riecht Gifte im Zimmer, Eloidin-
Glycosid, Ersatz für Morphium; Dynamitstaub in der Luft; fühlt
m Körper, der Penis sei durchlöchert, ein Hoden abgenommen, die
umpfe, usw.

Umgebung ändert sich fortwährend. Konfabuliert, er wäre auf einer
n Indien gewesen, sei über blühende Felder gefahren, es habe ge-
gedonnert. Gedächtnis sehr insuffizient, kann über sein Vorleben
timmten Angaben machen. Verlangt nach Morphium, aber ohne

nd schläft wenig, nachts durch Sprechen störend.

nal unsauber mit Urin. Temperatur einmal 37,8.

che verwaschen.

ai. Gestern etwas ruhiger, versuchte sich zu orientieren; nachts
ängstliche Erregung, sah Leichen, giftige Dämpfe, nicht geschlafen.
ommen. Schwere Sprachstörung. Spricht ganz unzusammenhängend,
on einem aufs andere. Reagiert auf jedes Wort der Umgebung
t aber dabei. Sehr empfindsam, leicht gereizt.

ich heut orientiert. Wo hier? Eine Art Ritterburg (unterbricht
nanstalt und Verpflegungsanstalt für Schlesien.

Digitized by Google

Dynamit, aber die Glieder haben sich wieder zusammengefügt. Eine ebenan hält er für ein Mädchen.

Verkennungen wechseln fortwährend. Viel Sexuelles.

Solange man sich mit ihm beschäftigt, spricht er fortwährend, ge timmung, renommiert mit seinen Kenntnissen in Chemie.

Stark beeinflußbar in der Stimmungslage.

Verliest sich beim Lesen wie ein Delirant. Merkfähigkeit ni 716 nach wenigen Minuten vergessen.

2. Mai. Glaubt, er sei der kleine Baal. Erzählt wieder von ein ie er vor seiner Aufnahme hier gemacht habe, und von vielen Ab uf dieser Reise. Er sollte eine junge Dame holen und fand si amals sei die Nervosität ausgebrochen auf dieser Reise. Er trieb en Straßen herum, hatte furchtbare Wunden usw. Habe gehört, Mu chwester seien gestorben. In der vergangenen Nacht wollte der Wä Schlaf peitschen, dann wurde „Eloidin" gebracht und verdampft urden die Körper mit echtem Dynamit eingerieben, dann kam „d unst des Aufbahrens". Er mußte versprechen, sich tot zu um Teil erschienen die Leute in wunderschönen Charakterk iner vom Pabst, einer in einer Dynamitmaske. Einer ging dabei ehen entzwei, die Leichenteile wurden fortgeschafft. Aus gewissen er Wärter merkte er, das war haarsträubend. Erzählt von einem hroditen neben ihm — alter siebzigjähriger Mann —, der Bräutiga es Nachts gekommen, wäre betrunken gewesen, habe in schamlose on seiner Braut erzählt. (Auf Befragen:) Das ist alles tatsächlich chtig. Mit Recht hier? — Nein, ich wüßte nicht, 1. daß jeder ehauptet, er sei nicht krank, 2. — — — —.

Jetzt fühlte er sich kräftig; aber jede Nacht noch die Beräuch er Stube. Gedächtnis sei schlecht gewesen, jetzt von Tag zu Tag Merkfähigkeit jetzt nicht schlecht, über die Situation gar kein sc rteil. Noch sehr ermüdbar.

3. Mai. Vielleicht etwas freier, mißversteht aber noch viel. Ein gt: Saal drei, darauf er: Was? drei Liter Salzsäure?

4. Mai. Heut freier. Hält an den Eloidingeschichten fest, gi , daß es Sinnestäuschungen seien. Jetzt spüre er aber nichts meh ezüglich des Erlebnisses mit dem Hermaphroditen schwankend, ne och dazu, daß es wahr sei.

7. Mai. Seither geordnet, schläft gut. Gute Nahrungsaufnahm ssungsstörung und Ermüdbarkeit geschwunden. Mangelhafte Erinne inzelheiten in seinem Verworrenheitszustand. Korrigiert das meis och nicht alles. („Na, wenn Sie es sagen, wird es wohl so sein.")

9. Mai. Äußert sich völlig einsichtig. Alles sei Einbildung d Halluzinationen. Gern bereit, alles als krankhaft zu erkläre erzeugt, daß er nicht rückfällig werden werde. Jetzt sei er völlig

issig.

er mehrere Wochen vor der Aufnahme hier krank gelegen, davon ar nichts.

Mai. Keine nachweisbaren Defekte. Geheilt entlassen.

Anschluß an eine Entziehungskur tritt also akut eine auf, die sofort mit starker Verwirrtheit einsetzt; es be-llige Desorientierung, Verkennung der Umgebung, Be-unruhe, phantastische Delirien. Dabei gleichzeitig ein ier Kräfteverfall, so daß das baldige Ableben von den vorausgesagt wird. Hier bei der Aufnahme noch völlige tierung, massenhafte delirante Gesichtstäuschungen, da-el Gehörstäuschungen, Geruchshalluzinationen und hypo-che Sensationen, alles verknüpft zu ganz phantastischen ften Delirien und Confabulationen. Lebhafte Bewegungs-Rededrang mit völliger Inkohärenz, großer Ablenkbarkeit, uernder Anknüpfung an die allerdings zumeist falsch auf-äußeren Eindrücke. Starke Gedächtnisschwäche und s schwere Störung der Auffassung. Versteht einfache nicht, verhört sich, verkennt, mißversteht, mißdeutet. n der ruhigen Zeit noch zahlreiche illusionäre Ver-gen der Umgebung und mangelhafte Auffassung der Vor-Das auch teilweise richtig Aufgenommene wird in charak-er Weise zu ganz abenteuerlichen und unmöglichen Ge-erarbeitet, genau wie im Traum.

Stimmung schwankt lebhaft, ist bald gereizt, bald -ängstlich, bald gehoben mit Ansatz zu Größenvor-n.

Kräftezustand war sehr reduziert, die Herztätigkeit Hervorzuheben ist noch die kraftlose, ganz verwaschene

h achtwöchiger Dauer tritt dann rasch Besserung ein, wenigen Tagen kommt es zu Heilung mit völliger

ser ganze Verlauf, das akute Entstehen mit dem körper-Verfall, die im Vordergrunde stehende traumhafte Ver-

Digitized by Google

uhe, Dauer von acht Wochen und Heilung, alles das s
ekannten Charaktere jener Psychosen, die man mit *K*
ls „Erschöpfungspsychosen“ bezeichnet, und zwar fiele d
iegende unter die Bezeichnung Amentia.

Eine andere Psychose kommt kaum in Betracht.
nfektion lag nicht vor, die Temperatur betrug nur einma
Gegen katatone Erkrankung spricht das Fehlen aller moto
Erscheinungen im engeren Sinne und gegen manische Verw
las Vorwiegen der Auffassungsstörung und das Zusamme
ler Psychose mit der körperlichen Erschöpfung.

Alle diese Merkmale gelten auch für den zweiten Fa
anz unter fachärztlicher Beobachtung verlief. Ich selbst ha
inmal Gelegenheit den Kranken zu untersuchen, ich mu
laher begnügen, nachfolgende kurze Notizen über den
nitzuteilen, die ich der Liebenswürdigkeit des Herrn K
Dr. *Jirzik* zu Ziegenhals (Schlesien) verdanke, in dessen San
ch den Kranken sah.

Es handelt sich um einen Arzt, der seit drei Jahren re
Morphium nahm, 0,6 täglich, daneben 0,2—0,3 Kokain und täglich
1/2 Flaschen Rotwein, auch einige Gläser Bier. Die letzte Zeit
Aufnahme in die Anstalt nur wenig getrunken. Es ging dieser e
nstrengende Beschäftigung in der Praxis voraus, dabei schlechter Sc
ehr schlechte Nahrungsaufnahme.

Bei der Aufnahme schon lebhafter Tremor, schwankender Gang,
Schrift. Auffallend ist eine stark verwaschene stockende Sprache, di
obald die Morphiumwirkung vorüber ist, und nach erneutem M
Gebrauch schwindet. Alkohol und Kokain fallen in der Anstalt so
Morphium wird langsam vermindert. Nach vierzehntägigem Aufentha
ich leichte delirante Symptome, die vorübergehend auftreten, und
Einsicht bestehen bleibt, und Angstzustände. Nach einer weiteren
ach einem längeren anstrengenden Spaziergang, plötzlicher Ausbru
tarken Verworrenheit. (Zurzeit noch 0,3—0,35 Morphium, bis dal
Schlaf und Nahrungsaufnahme, keine Diarrhöen.) Patient hat
Delirien mit Tremor, aber doch vom Bilde der Alkoholdelirien abv
Sie machen bald einem ruhigeren Stadium Platz, in dem halluzin
nd illusionäre Verfälschungen und die erschwerte Auffassung das
eristische bildeten. In diesem Stadium sah Verf. den Kranken.
örperlich sehr hinfällig, Puls schlecht. Die Bewegungen waren

uckungen. Die Sprache war ganz kraftlos und verwaschen, die eise; ein mehrsilbiges Wort wurde nicht herausgebracht, die End- rden verschliffen, die Worte paraphasisch verstümmelt, oder an- Worte falsch mit ganz anderen Sinn ergänzt. Patient vergaß des Sprechens, was er sagen wollte, war gänzlich inkohärent. Spracherschwerung bestand damals schon eine gewisse Einsicht. akteristisch war hier die traumhafte Verworrenheit mit der sehr ffassungsstörung und den hauptsächlich illusionären Verfälschungen. mühte sich, dem Gespräch zu folgen, er antwortete auf alle Fragen, r ebensowenig verstand, wie alles, was sonst im Zimmer gesprochen r mißverstand und verhörte alles.

Situation wurde ihm nicht klar. Er verkannte Referenten immer , bald als früheren Bekannten, bald in irgend einer wahnhaften zu dem behandelnden Arzt, woran er abenteuerliche Mißdeutungen Sein Zustand besserte sich später rasch; es trat bald völlige Heilung ıter Einsicht. Für die erste Phase der Krankheit bestand völlige für die spätere nur teilweise. Was er aus dieser Zeit berichten ar ein genaues Abbild des Traumes. Charakteristisch war auch hier, che Vorgänge immer einbezogen und in phantastischer Weise mit haften Situationen und Erlebnissen verwoben wurden. Bemerkenswert der ersten Zeit der Rekonvaleszenz nach körperlichen Anstrengungen s auch nach Genuß geringer Mengen Weins eine kurz dauernde erung und Verworrenheit wiederholt noch auftrat. Die Psychose ı ganzen etwa 5—6 Wochen. In der Anstalt betrug die Gewichts- 3½ kg und dann draußen noch 6 kg.

gingen der Entziehung schon starke erschöpfende voraus; dann traten allmählich die Prodromalerschei- Angstzustände und Delirien auf, und der akute Ausbruch wieder nach einer großen körperlichen Anstrengung.

h hier fehlten motorische Erscheinungen. Nach der ristischen Verworrenheit, den körperlichen Schwäche- ıngen, den prodromalen Delirien muß man auch diese zu den Formen rechnen, die *Kräpelin* unter dem Namen ntia schildert.

beiden Psychosen stimmen überein und geben typische der erwähnten Krankheitsform. Es ist kein Merkmal vor- welches eine Vereinigung mit dieser nicht zuließe oder eine ıng verlangte. Speziell stimmen sie mit gewissen seltenen überein, die sich aus der Zahl der akuten im Anschluß öpfende Momente auftretenden Psychosen etwas heraus-

Digitized by Google

und das traumhaft illusionäre Geistesleben, die Verworren
die absolute Unfähigkeit zu irgendwelchen assoziativen Le
das ganze Bild beherrschen, und in deren Ätiologie
mäßig immer, neben unvollkommener Ernährung, an
Schlaflosigkeit und dabei anstrengende Beschäftigung
kehren.

Wenn wir aber in den oben mitgeteilten Psychosen ei
von Merkmalen wiederfinden, die von den Autoren als c
ristisch für die Psychosen der Morphiumabstinenz ge
werden, so beweist das noch nicht eine Spezifizität die
chosen, denn dieselben Merkmale kommen den Ersch
psychosen ebenfalls zu, sie tun also eher eine Übereinst
gewisser Morphiumpsychosen mit den Erschöpfungspsycho

So wird die auch in unseren beiden Fällen aus
Sprachstörung als Abstinenzerscheinung erwähnt (*Lev*
Sie ist ein fast ständiger Begleiter der erwähnten Ersch
psychosen. Auch bei diesen finden wir die Entwicklung
Stadien, einem sehr stürmischen deliranten Anfangs- un
ruhigeren Nachstadium, in welchem die assoziative Ins
am deutlichsten wird. Hierzu kommt nun noch der Tre
wie *Kräpelin* erwähnt, auch beim Collapsdelirium zu fi
und nach *Ziehen* bei allen Erschöpfungspsychosen sehr h
somit wird die Ähnlichkeit mit dem Alkoholdelirium, die
Morphiumpsychosen immer hervorgehoben wird, auch f
Erschöpfungspsychosen eine sehr große. In der Tat ist
einem unserer Fälle, von einer jungen Frau, die sich
getrunken hatte, und die nur infolge mangelhafter Er
und Schlaflosigkeit bei der anstrengenden Pflege eines erk
Angehörigen selbst erkrankte, im Anfangsstadium in der K
geschichte erwähnt, sie sei „typisch delirant". Könnt
gewisse Fälle des Delirium tremens acutum der Morphini
den Collapspsychosen übereinstimmen, so erinnert a
Schilderung der chronischen oder leichteren Formen an
lichen Erscheinungen bei erschöpfenden Ursachen. So
Erlenmeyer als leichte Formen des Delirium tremens ein
bewußten träumerischen Zustand, Lächeln, Murmeln, Gest

Digitized by Google

re Halluzinationen und Amnesie. *Levinstein* erwähnt onische Form, die in der Intoxikationsperiode sich entnd in die Abstinenzperiode hineinspielen soll: Wechselnde immung, meist eine gewisse Heiterkeit, die nur auf eit durch Angstzustände unterbrochen wird. Einzelne n sind am Tage in deprimierter Stimmung, des Abends em Grade erregt und Sinnestäuschungen unterworfen, er Hände, Muskelzucken. Dabei können sie aus ihrer ten oder erregten Stimmung herausgerissen werden. se Schilderung ähnelt gewissen leichten Inanitionsdelirien f der Schwangerschaft oder des Puerperiums und anderen en konsumierenden Prozessen.

glauben also in den angeführten Merkmalen nicht Zeichen spezifische Art dieser Morphiumabstinenzpsychosen zu ondern vermuten umgekehrt, daß ein Teil dieser Fälle mmt mit den Psychosen bei anderen Inanitionsprozessen. chwer, von den publizierten Fällen etwa noch hierher- zu bezeichnen, weil im allgemeinen das psychische g eingehend dargestellt ist. In einem Falle *Thomsen*s (12) nte man ein Analogon zu unseren Fällen finden. r bekannten Morphium-Kokainhalluzinosis schildert er in rsten Fall einen Kranken, der nach langem Morphiumingebrauch in der Abstinenz an einem deliranten Zustand , der nur kurz charakterisiert ist, jedenfalls nur einige auert hat. Vier Wochen darauf, nachdem er bis dahin phium und Kokain, wohl aber Chloral 3,5 täglich ge- hatte, plötzlich verwirrt. Taumeliger Gang, Tremor, prache, Paraphasie, verwechselt die Worte, verstümmelt cht falsche Artikel, so daß er trotz Bemühungen, sich ieren, unverständlich bleibt. Macht die widersprechendaben, faßt nicht auf, verliert den Faden, deliriert. Die g nahm in den nächsten Tagen zu, Puls wurde elend, eber. Patient konnte kaum stehen, ließ unter sich, war ähig etwas aufzufassen oder zusammenhängend zu reden, macht einen sehr stupiden Eindruck". Der Zustand nach vierzehn Tagen tritt Besserung ein, nach drei

Digitized by Google

Auch die *Levinstein*schen Beispiele für das Delirium der Morphinisten (Krankengeschichten 34—38) haben seiner Darstellung viel weniger Ähnlichkeit mit Alkoh als mit denen bei erschöpfenden und Infektionskrankheit

Die Ursachen dieser Psychosen möchten wir also in V sehen, welche auch eine „Erschöpfung" des Nervensys Folge haben. *Jastrowitz* schreibt, daß es zu akuten Geistess in der Morphiumabstinenz dann am ehesten kommt, v Nahrungsaufnahme gering ist und Schlaflosigkeit, Diarrh Agitation den Körper noch mehr in Verlust bringen. krankungsursache liegt dabei in letzter Linie doch in giftung des Körpers. Auch in unseren beiden Fällen sich die Erkrankung der Entziehung an oder geht se ihr einher. Komplizierende Momente kommen hier a nicht in Frage. Im ersten Fall wurde in der letzten noch Morphium in geringen Dosen genommen, eine neu lichkeit kam nicht hinzu; im zweiten Fall waren a anstrengende Tätigkeit vorangegangen, und es bestan ein gewisser Grad von Erschöpfung, als der Kranke ziehung begann. Während dieser traten aber bald die torischen Symptome auf und nach einer erneuten gro strengung der Ausbruch der schweren Psychose. Auch aber die chronische Morphiumintoxikation mit ihren erst den Boden bereitet haben, auf dem es zu einer so körperlichen und geistigen Prostration kommen konnte. Fällen war die Körperschwäche sehr groß, im ersten F lebensbedrohend. Weder der Kokainismus noch der Alko können wohl, wie schon oben erwähnt, für diese Psy Anspruch genommen werden. Die Erscheinungen boten f dieser Faktoren etwas Charakteristisches, dagegen ent sie durchaus der Krankheitsform, welche wir als E schöpfender Krankheiten kennen. Eine solche ist chronische Morphinismus mit seinem schweren Siechtum Die schwere Schädigung der Ernährung und des Stof sind ja ein Hauptsymptom der Morphiumintoxikation, sind es, welche den Körper schließlich in Gefahren

Google

nstein kommt am zweiten oder dritten Tage der Ent-
fast bei allen Kranken ein Schwächezustand, der bei
· Entziehung einen lebensgefährlichen Collaps darstellen
l dem entspricht, daß auch die stürmischen psychischen
gerade auf eine plötzliche Entziehung zu folgen pflegen.
ngruenz zwischen den körperlichen und psychischen
läßt wieder darauf schließen, daß sie einer gemein-
rsache entspringen, und das typische klinische Bild in
eiden Fällen lehrt, daß dieser Schluß berechtigt ist.
o *Jastrowitz* schreibt: „Bestimmte mit dem definierten
der bekannten Krankheitsformen versehene Psychosen,
ie, Melancholie oder echte Paranoia, wie bei chronischen
en, entstehen auch durch die Entziehung oder nachher
selbe verschuldet, nicht", so ist zu bemerken, daß die
g, wie sie den körperlichen Collaps beschleunigt, auch
spondierenden Psychosen begünstigt, jener Ausspruch
t gilt für die nicht mitaufgezählten Collapspsychosen.
sich demnach darum handelt, die Psychosen in der
abstinenz zu rubrizieren, so glauben wir, daß unter Be-
gung der psychopathischen Zustände und sonstigen Kom-
n für viele Fälle in erster Linie die Psychosen aus der
ruppe, wie wir mit *Stransky* (14) vorziehen würden zu
Betracht zu ziehen sind.

sse prädisponierende Momente spielen m. E. auch
ine Rolle. Beide oben erwähnten Kranken waren
niker. Diese und die Schlaflosen sind es ja gerade, wie
und *Jastrowitz* hervorheben, die zum Morphium greifen.
Neurasthenischen sind es nach unserer Erfahrung auch,
elegenheitsursachen zum Ausbruch einer Erschöpfungs-
neigen. Wiederholt erfuhren wir bei unseren Kranken,
heinungen der chronischen nervösen Erschöpfung schon
ngen waren. Darauf scheint es uns zu beruhen, daß
ken in vielen Fällen nach Überstehen einer Amentia
ig gesund werden, sondern noch ferner nervöse Sym-
gen, wie auch *Räcke* (19) und *Stransky* (14) beobachtet
Darin liegt auch für die Kranken die Gefahr der Rezidive

Daß es gerade Neurastheniker und Schlaflose sind
zum chronischen Morphinismus kommen, könnte eine E
für die bemerkenswerte Tatsache enthalten, daß hier
chronischen Vergiftung des Körpers ein Symptomenkomple
den man einer ganz bestimmten Ätiologie, der reinen
Erschöpfung, zugeschrieben hat. Wenn das Morphium
müdungserscheinungen der Neurastheniker beseitigt, so v
es damit vielleicht eine physiologische Restituierung und
mit die Ermüdungserscheinungen bis zu der erschöpfenden
Aber diese Annahme kommt doch auch auf die einer V
hinaus; denn die allgemeine Ansicht, daß die Erholun
Fortschaffung bestimmter Stoffwechselprodukte besteht, i
den Nachweis eines Ermüdungsautotoxins und eines A
dagegen (*Weichardt* (13)) auf eine sichere Grundlage gest
wir nun annehmen, daß das Morphium durch Anhäufung
Stoffwechselgifte oder durch Bildung spezifischer Gifte du
Zersetzung (*Marmé*), seine eigenartige Wirkung übt, die psy
Störungen wären ebenso eine Folge einer chronischen Ve
wie die übrigen Symptome der Morphiumintoxikation und d
nenz, welche letzteren, wie *Jastrowitz* hervorhebt, nicht gege
zu den Vergiftungssymptomen, sondern die gleichen sind
immer durch neue Morphiumgaben und ihren tonisierende
für kurze Zeit hintangehalten werden. Ein solcher tonisiere
fluß ist ja anzunehmen, auch wenn man noch nicht sicher
rauf er beruht. In dem zweiten von uns erwähnten Fall w
Beginn der Erkrankung gut zu sehen, da nach jeder Ein
die Sprache wieder kräftig und gut artikuliert wurde,
Vorübergehn der Wirkung stark verwaschen und undeutl
Beim chronischen Alkoholismus sehen wir ja bezüglich d
des Tremors und anderer Abstinenzerscheinungen das
Die Abstinenzerscheinungen sind also die eigentlichen Intox
erscheinungen, auch ihre psychischen Komponenten
Produkte einer chronischen Vergiftung anzusehen. *Jastr*
klärt auch: der chronische Morphinismus macht Neur
Die chronische Vergiftung bewirkt also indirekt den Syn
komplex der Amentia. Wir wissen auch aus der sonstig

Digitized by Google

speziell infektiöse Einflüsse erzeugt wird. Denn, wenn
it den erschöpfenden Momenten eng verbunden und nach
reinsten ist, wie wir zugeben müssen, so ist doch die
g gegen die Fälle infektiösen Ursprungs nicht durch-
Es soll darauf hier nicht weiter eingegangen werden,
dazu andern Orts vielleicht noch Gelegenheit sein.
(14) und *Strohmeyer* (15) haben diese Frage neuerlich
sführlich besprochen, und ersterer hält es wie die
utoren nicht für möglich, infektiös-toxische und Er-
szustände auseinanderzuhalten, was ja in den klinischen
seine Grundlage findet. Die mehr halluzinatorischen
er Verwirrtheit, die *Kräpelin* jetzt von den asthenischen
it mehr abtrennt, sieht man gerade oft bei akuten In-
ankheiten; es bestehen fließende Übergänge zwischen
lapsdelirien", der „Amentia" und den „infektiösen
zuständen", und ganz besonders bei chronischen Infek-
heiten sehen wir, wie sich die Symptome der Erschöp-
hier auch ihr körperliches Korrelat in der Kachexie
t solchen, die wir der Intoxikation zuschreiben, mischen.
Symptome der Erschöpfung sind der Ausdruck einer
rsstörung, die ihre Ursache außer in inneren Stoffwechsel-
auch in solchen äußeren Ursprungs durch Intoxikation,
ch organisierte oder durch chemische Gifte, haben kann
nsky (14)). Wenn *Stransky* die Amentia besonders
indirekte Wirkung der organisierten Gifte bedingt glaubt,
e hier mitgeteilten Fälle gerade ein Beweis dafür, daß
schen Gifte ganz dieselbe Wirkung haben. Schließlich
diese, wie wir gerade an dem Beispiel des Morphium
eselbe Kachexie wie chronische Infektionskrankheiten,
toxintoxikationen infolge sekundärer Stoffwechselstörungen
dem chronischen Morphinismus mit seinen schweren
stinalen Störungen und solchen fast jeglicher Drüsen-
Gelegenheiten genug vorhanden. Von besonderem Inter-
hier die Analogie mit der häufigsten Intoxikation mit
emischen Gift, mit der alkoholischen. Auch der alko-
n Kachexie mußten wir die Erschöpfungssymptome zu-

Digitized by Google

Symptomenkomplexe aus der Amentiagruppe antreffen.
beruht eine Schwierigkeit bei der Abgrenzung der *Korsa*
Psychose, die mit jenen nahe verwandt ist. Diese V
schaft wird gerade dadurch bewiesen, daß auch auf de
des chronischen Alkoholismus Psychosen aus der Amen
vorkommen, und daß zu ihnen von den Fällen polyne
Psychose, in denen die Delirien oft den Stempel der
schen" tragen, Übergänge vorkommen. Wir müssen
Erschöpfungssymptome auch als indirekte Folgen der V
mit chemischen Giften betrachten.

Zum Schluß gestatte ich mir, meinem verehrten Ch
Primärarzt Dr. *Hahn*, für Überlassung der Krankeng
auch an dieser Stelle meinen Dank zu sagen.

Literatur.

1. *Levinstein,* Die Morphiumsucht. Berlin 1880. 2. Aufl.
2. *Erlenmeyer,* Die Morphiumsucht und ihre Behandlung, 3. Aufl.
3. *Erlenmeyer*, Chronischer Morphinismus. (Penzold - Stintzing 1897, II.)
4. *Obersteiner,* Intoxikationspsychosen. Wiener Klinik 86, Heft 2
5. *Heiberg,* Die Systematik der Intoxikationspsychosen. Cen Nervenheilk. u. Psych. 1902.
6. *Deutsch*, Der Morphinismus. Stuttgart 1901.
7. *Wernicke,* Grundriß der Psychiatrie, 1. Aufl.
8. *Kräpelin*, Lehrbuch, 7. Aufl.
9. *Ziehen,* Lehrbuch, 2. Aufl.
10. *Jastrowitz,* Über Morphinismus. Deutsche Klinik am Eingang d hunderts, IV, 2.
11. *Abraham,* Beiträge zur Kenntnis des Delirium tremens der M Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1902.
12. *Thomsen,* Zur Kasuistik der kombinierten Morphium-Kokain Charitéannalen, XII, 1887.
13. *Weichardt,* Über das Ermüdungstoxin und Antitoxin. Münch. me schrift 04, Nr. 1 u. 48.
14. *Stransky,* Zur Lehre von der Amentia. Journal f. Psych. u. 1905.
15. *Strohmayer*, Zur Klinik, Diagnose und Prognose der Amentia.

Digitized by Google

, Zur Kenntnis der polyneuritischen Psychose. Allgem. Zeitschr. ych. 59.
, Über atypische Alkoholpsychosen. Arch. f. Psych. 41.
Zum Studium der akuten und chronischen Morphinvergiftung. sche med. Wochenschr. 1883, 14.; Centralblatt f. klin. Medizin, , 15.
Über Erschöpfungspsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 57.

Digitized by Google

Über Hitzepsychosen.[1])

Von

Privatdozent Dr. **J. Finckh,**
I. Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik Tübingen (Prof. Dr. *Woll*

Der Hitzschlag ist vom Sonnenstich bzw. der Wirkun
strahlenden Wärme in ätiologischer, klinischer und path
anatomischer Hinsicht getrennt zu betrachten (*Musehol*
Müller (36), *Thurn* (51), *Szuman* (49 und 50), *Arndt* (1
bedingung für den Hitzschlag ist weniger die erhöhte
zufuhr von außen, als die Steigerung der Wärme im Körp
wie sie bei großer körperlicher Anstrengung, z. B. be
Marschieren und schwerer Bepackung zustande kommt. A
Grundbedingung muß dazu die erschwerte Wärmeabg
außen treten, die bei windstillem und schwülem Wetter
einer mit Feuchtigkeit gesättigten Luft, behindert ist, na
wenn der Stoff der Kleidung für den abgesonderten Schwe
durchgängig, wenn also seine Verdunstung beeinträchtigt
endlich wird der Hitzschlag bei mangelhafter Leistungs
und Ausdauer des Herzens, z. B. von Herzkranken und k
Überanstrengten, oder nach schweren Exzessen und von
leichter akquiriert.

Klinisch lassen sich drei Grade von Hitzschlag,
mittelschwere und schwere Fälle unterscheiden. Der
Hitzschlag charakterisiert sich durch geringe Eingenor

[1]) Unter Benutzung eines am 13. Januar 1906 im Verein
bergischer Psychiater in Stuttgart gehaltenen Vortrages.

[2]) Die den Autorennamen beigefügten Zahlen weisen auf die ents

s, Schwindel, Obskuration, Flimmern, Ohrensausen, Be-
sgefühl und leichte Steigerung von Puls, Atmung und
peratur. Der Kranke wird unsicher und schlaff, apathisch
. Viel stärker sind die nervösen Erscheinungen in den
hweren Fällen. Ebenso steigert sich die Beklemmung
ften Angst; gleichzeitig profuser Schweiß, starker Durst,
d sehr frequenter Puls, Temperatur über 40° C, keuchende
Cyanose des Gesichts. Zuweilen treten Blutungen aus
l Nase auf; der Kranke taumelt wie ein Betrunkener,
ne wird schwer verständlich; auf Anruf reagiert Patient
n Sensorium ist mehr oder weniger stark benommen.
ps zeigt den schweren Hitzschlag an. Der Mann fällt
um und ist besinnungslos; Lichtreaktion der Pupillen
r nahezu aufgehoben, Puls fliegend, Herzaktion sehr
Atmung stertorös, die Temperatur kann 44° oder 45°
Dazu gesellen sich oft heftige epileptiforme Konvul-
In diesem Stadium kann plötzlich, wie nach einem
Schlaganfall, der Tod eintreten. Indes erholen sich die
Arndt (1)) bei geeigneter und schneller Behandlung
Musehold (37), *Thurn* (51)).
ichteren Fällen werden die Kranken nach einigen Tagen
ttigkeit und Schlafsucht, verbunden mit träumerischem
eutem Wesen, Gedächtnisschwäche, Steifigkeit der Glieder,
, Schwindel und Übelkeit, völlig und dauernd gesund,
schwerer Betroffene die Zeichen erhöhter gemütlicher
t, verminderter Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol und
rlichen Krankheiten und Arbeiten zeitlebens oder für
eit darbieten und gemütlich und intellektuell mehr oder
lefekt werden (*Arndt* (1), *Bartens* (2), *Müller* (36),
49 und 50)).
der Sektion findet sich eine beträchtliche Hyperämie
ns und seiner Häute (*F. Schultze* (45), *Dittrich* (9),
Ziegler (54)), zuweilen mit blutigen und serösen Exsu-
Blutaustritte wurden auch an verschiedenen anderen
anen konstatiert, besonders am Peri- und Endokard,
r abnorme Brüchigkeit des Herzfleisches (*Dittrich* (9),

Digitized by Google

venöse, während das Parenchym der Organe selbst ausge
anämisch ist, und zwar infolge ödematöser Schwellung
aber ist eine trübe Schwellung und somit Produkt eine
parenchymatösen Entzündung, die nach *Arndts* Auffas
letzte Ursache des Hitzschlages ist. Sie bedingt zugl
krankhafte Veränderung der chemischen Eigenschaften d
die ihrerseits, von einem gewissen Grad der Ausbildung
krankhaften Prozeß beschleunigen hilft.

Zum Unterschied vom Hitzschlag spielt bei der Wi
der strahlenden Wärme die Wärmeabgabe aus der
keine Rolle gegenüber einer vermehrten Zufuhr n
bestimmten Körpergegend, insbesondere auf die bloße
Kopf und Nacken. Es handelt sich auch weniger um
gerung der allgemeinen Körpertemperatur, sondern
um eine solche der unmittelbar wärmebestrahlten Partie,
brennungen 1. und 2. Grades aufweist. Der Effekt e
maligen intensiven Sonnenbestrahlung kann ein Sonnens
den Dauerwirkungen natürlicher bzw. künstlicher Wä
die Tropenbewohner bzw. Feuerarbeiter ausgesetzt.

Die Symptome des Sonnenstichs, die in ähnlich
auch in einzelnen Fällen bei Feuerarbeitern beobachte
(Literatur bei *Viktor* (52)), bestehen in einem Vorläuf
von Kopfweh, Schwindel, allgemeiner Unlust und Müdig
dann folgen Bewußtlosigkeit, Krämpfe und Lähmungen
selten der Tod. Die Residuen bei anhaltender Einwirku
licher oder natürlicher Wärme, die sich nicht als e
Psychosen darstellen, lassen sich, ähnlich wie diejeni
schwerem Hitzschlag, als Abnahme der Willenskraft, der
und gemütlichen Fähigkeiten, des Gedächtnisses und der
kraft, sowie als starke gemütliche Reizbarkeit charak
Symptome, die zusammen mit Lähmungen aller Art a
Sonnenstich dauernd zurückbleiben können (*Arndt*
man (49 und 50), *Rasch* (41)).

Die Wirkung des Sonnenstichs, bei dem ein sp
Einfluß der Wärmestrahlen stattfindet, ist somit eine i
als diejenige des Hitzschlages (*Eckert* (12), *Wood*

Digitized by Google

größeren Schwere der Ursachen bei strahlender Wärme
en auch erheblichere Veränderungen des Gehirns
kenmarks, die die Zeichen einer akuten und intensiven
ng aufweisen, Hyperämie und Trübung der Häute,
e, seröse Exsudate, Auswanderung der Blutkörperchen,
Sklerose und Abscesse des Zentralnervensystems wurden
Ätiologie bezogen (*Bartens* (2), *Eckert* (12), weitere
daselbst und bei *Viktor* (52)).

leicht man mit diesen Beobachtungen die Resultate des
h erzeugten Hitzschlags bzw. Sonnenstichs bei Tieren,
man auch hier infolge direkter Wärmebestrahlung
es das Auftreten heftigster und akuter Entzündung kon-
Trübung der Pia, serös-eiterige und sanguinolente Exsu-
und Anhäufung junger Spindelzellen im perivaskulären
ebe (*Vallin* u. *M'Kendrik* cit. nach *Viktor* (52)).
(42) fand Zerfall der chromatischen Substanz des Kern-
ns der Ganglienzellen, Hyperämie der Körperorgane,
lle Wucherung, regressive Veränderungen der Parenchym-
d chemische Veränderungen des Blutes. Dagegen sind
che positive Veränderungen nach experimentell erzeugtem
ag nicht verzeichnet (*Wood* cit. nach *Viktor* (52), *Laverau*
d (32)). Letztere Forscher nahmen daher als Todesursache
ächst erregende, dann lähmende Hitzewirkung auf das
Da aber die Wärmeregulierungsverhältnisse beim Hund,
ersuchsobjekt bildete, nicht dieselben wie beim Menschen
es fraglich erscheinen, ob bei der Anordnung der Ver-
ei in einem erwärmten Kasten befindliche Hunde, von denen
angebunden war, der andere laufen mußte; Tod bei
die physikalischen Vorbedingungen für die Erzeugung
chlags vorgelegen haben.

tisch nun wird im einzelnen Fall einer akuten Wärme-
beim Menschen die Entscheidung, ob Hitzschlag oder
ch vorlag, oft schwer und vielleicht sogar in sicherer
erhaupt nicht möglich sein. Vielmehr liegt der Gedanke
es sich nicht selten um eine Kombination beider Schäd-
handelt, da gewöhnlich ein der strahlenden Wärme aus-

Digitized by Google

unterliegt. Dafür spricht der Umstand, daß mehrere Ver
der Literatur, eine reinliche Scheidung der Psychosen
verschiedenen Wirkungsarten der Wärme durchzuführe
in überzeugender Weise nicht gelungen sind, und weiter
bleibenden Residuen nach schwerem Hitzschlag und st
Wärme einander ziemlich ähnlich sind.

Psychosen infolge hoher Wärmegrade sol
entsprechend der Häufigkeit und Schwere des Hitzetrau
häufig halten, und doch ist nach der Ansicht sehr viele
das Gegenteil der Fall. Ob der Einwurf mancher bere
die kalorischen Traumen hätten in der Ätiologie des
noch nicht genügende Berücksichtigung gefunden, ist fragl
es ist nicht wahrscheinlich, daß beim Militär, bei dem be
Hitzschlag und Sonnenstich am häufigsten sind, die
Wärmeinsulte unmittelbar folgenden Psychosen übersehen
und bezüglich der später einsetzenden Geistesstörunge
die Geltendmachung des Entschädigungsanspruches genü
ihrer Nichtbeachtung, da von den Antragstellern sicher ni
säumt wird, was an derartigen Unfällen oder Dienstbeschä
anzuführen ist. Ähnlich liegt der Fall bei industriellen u
wirtschaftlichen Arbeitern.

Im folgenden seien zunächst einige, besonders bei
angestellte statistische Erhebungen aus älterer und neu
angeführt. *Dietz* (8) stellte die Frequenz der Geisteskra
in der Armee in den einzelnen Monaten des Jahres
dar und fand die Kurve auf ihrer Höhe in den erste
monaten, wo unter dem Einfluß der veränderten Lebensbed
die Prädisposition zu geistiger Erkrankung zum Ausdruck
Ein zweiter, wesentlich niederer Anstieg fällt auf den
Dietz auf das Einsetzen der heißen Jahreszeit und auf
schlag bezieht.

Von den Soldaten Friedrichs d. Gr., die 1760 vor Ba
Sonnenstich erkrankten, verfielen viele in Raserei und
in epileptische Krämpfe (*Schmucker* cit. nach *Viktor* (5

Im Jahre 1838 erkrankten in einer französischen

Digitized by Google

ngen von Hirnhyperämie, von denen elf, von schweren
n Dilirien ergriffen, Selbstmord begingen (cit. nach
2)).

600 Mann belgischer Truppen, die Anfang Juli 1853
r Hitze vier Stunden lang durch eine Haide marschierten,
400 von Hitzschlag befallen oder blieben ermattet
ährend 22 von diesen geisteskrank wurden (cit. nach
2)).

dem Kriege 1866 sind Psychosen nach Hitzschlag oder
ch nicht bekannt geworden (*Nasse* (38), *Huppert* (24)).
316 Geisteskranken, die im deutsch-französischen Krieg
ich den Lazaretten zugingen (*Dick* (7), *Schröter* (43),
ngen des Nervensystems bei den deutschen Heeren
gegen Frankreich 1870/71 (14), *Bartens* (2)), war
eblich nach Hitzschlag geisteskrank geworden (*Bartens*
r (25)). Er war zugleich der einzige Geisteskranke
bekannt gewordenen Fällen von Hitzschlag. Aber
diesem Fall ist der ätiologische Zusammenhang der
mit dem Hitzschlag zweifelhaft, da der Mann einen
eichten Hitzschlag erlitt, am anderen Tage weiter mar-
konnte und erst nach einem halben Jahre völligen
Wohlbefindens im Lazarett vor Metz psychisch er-
in das er wegen eines Schusses am Finger gekommen
handelte sich der Schilderung nach um eine Dementia

dem Chinafeldzug sind mir bisher drei Fälle bekannt ge-
ie der Autor (*Eckert* (12)) von einem mehr oder weniger
ückliegenden Sonnenstich abhängig macht.

ere Angaben: *Esquirol* (cit. nach *Viktor* (52)): unter
n mit Anführung der Krankheitsursache zwölfmal Hitz-
Frost (19): unter 2300 Fällen seines (englischen) Materials
resein nach Sonnenstich, das den verschiedensten
Formen angehörte. Österreichische Armee (35):
1887 einmal nach Sonnenstich Irresein unter 81 Fällen
eskrankheit; in der deutschen Armee 1879—81 unter
Fall und von 1881—82 (17) unter 120 einer. Endlich

Digitized by Google

Irrenanstalt zugeführten einen Melancholiker, der nach S
krank wurde.[1])

Von den klinischen Lehrbüchern erwähnt dasj
Griesinger (21) kalorische Traumen nicht unter den K
ursachen; *Emminghaus* (cit. nach *Rasch* (41)) spricht v
tischen Einwirkungen auf Verlauf und Gestaltung der
ferner von solchen als Gelegenheitsursachen bei Prädis
während er es dahingestellt sein läßt, ob sie die al
Krankheitsanlagen zu Psychosen wesentlich modifizieren. *S*
führt sie nicht an. *Kirchhoff* (28) bespricht wie *Krä*
in der Ätiologie des Irreseins die strahlende Wärme, d
sache von Hirnhyperämie und Blutstauung bzw. An
Ersterer glaubt, daß das Klima im ganzen keinen U
macht; letzterer nimmt dagegen klimatische Einflüsse a
keit und Form der Psychosen an, genaueres sei abe
nicht bekannt. Er beobachtete eine größere Heftigkeit
regungszustände im Sommer und bei Zirkulären nicht s
setzen der Depression im Winter. Bezüglich des Einfl
tropischen Hitze auf die Europäer bezieht er sich auf *H*
der im Lauf der Jahre allmählich Schlaffheit, Gleichgültig
nahme des Gedächtnisses, Verlust der gemütlichen Wi
fähigkeit, Reizbarkeit, Empfindlichkeit und endlich Schw
Tatkraft beobachtete. Zu ähnlichen Resultaten wie *Ras*
auch andere Forscher (weitere Literatur siehe bei *Ra*
v. Krafft-Ebing (30) erkennt heißes Klima als Ursache von
in den Tropen an, glaubt aber, daß bei uns die Hitze meis
schlimmernd auf bereits kranke Individuen einwirke. Von
infolge strahlender Hitze nennt er Delirium acutum,
paralytica, progressive Dementia mit großer Reizbarkeit
kurrierenden ängstlichen Erregungszuständen und hält die
für schlecht. *v. Liebermeister* (33) stellt die Wirku
Sonnenstich und Hitzschlag ätiologisch und klinisch dur
Fieberdelirium gleich. *Ziehen* (55) endlich sagt, dur
Hitze, zu der aber als Mitursachen besonders häufig All

Digitized by Google

[1]) Weitere Literaturangaben siehe unter den Nr. 7, 8, 10,

esse kommen, werden ab und an Psychosen erzeugt, nmerzustände oder chronische Fälle mit übler Prognose. t sich wie *v. Krafft-Ebing* bezüglich der klinischen . a. auf die Arbeiten von *Bartens* (2) und *Viktor* (52). Kasuistik über akut einsetzende und verlau- tzepsychosen ist nicht sehr reich an gut beschriebenen rmaßen zuverlässigen Fällen. Größere deutsche Arbeiten, Frage mehr oder weniger eingehend behandeln und das e Material anführen, stammen von *Bartens* (2) aus dem 8, *Arndt* (1) 1875, *Viktor* (52) 1884 und *Eckert* (12) nen Hinweis auf die Seltenheit dieser akuten Geistes- gibt der Umstand, daß alle diese Autoren aus den- llen schöpfen und, abgesehen von einer gewissen Anzahl obachtungen, mit einem recht alten Material arbeiten, ise bis in das 18. Jahrhundert zurückreicht, und dessen e und klinische Zugehörigkeit zu der vorliegenden Frage r Wahrscheinlichkeit nur angenommen werden konnte, ereinstimmung mit neueren, zuverlässigen Fällen vor- chien. Von den Publikationen der letzten Jahrzehnte ehrere ausgeschieden werden, da sich differentialdiag- Bedenken ergaben. Im ganzen scheinen, soweit ich das übersehen kann, die einschlägigen Krankengeschichten tener zu werden, je mehr wir uns der Jetztzeit nähern. erwertbaren Fälle, zu denen aus der hiesigen Klinik ag geliefert werden kann, ergeben folgendes: Akute chosen treten besonders in tropischen und subtropischen beim Militär oder bei Feuerleuten auf Dampfern auf, ißen Gegenden fahren. Ungleich seltener sind ein- Beobachtungen aus unserer gemäßigten Zone. Von tern in gewerblichen Betrieben scheint eine Ausnahme as Maschinen- und Heizerpersonal auf Schiffen in unseren Gewässern zu machen. Ich berufe mich hierbei auf en von *Podestà* (40), deren Quelle von ihm allerdings egeben ist. Die Gründe für die Seltenheit dieses Irre- n in den niedrigeren Temperaturen unseres Klimas, sowie serten hygienischen Maßnahmen liegen. Die Ursachen

Digitized by Google

kommt noch eine angeborene oder durch alkoholische oder
Exzesse, körperliche Überanstrengung oder Schwäche, ma
Trainierung, gemütliche Einflüsse usw. erworbene Herabse
Widerstandskraft. Ob die Hitze lediglich als Wärmestа
Körperinnern oder nur als exzessive Wärmezufuhr v
wirksam wurde, ließ sich nach der Schilderung sehr sch
scheiden. Am wahrscheinlichsten war in den meisten F
Kombination beider Schädlichkeiten. Die Symptomatol
akuten Hitzepsychose, die sich ätiologisch und klinisch an
den Fieberdelirien nähert, besteht aus einem Vorläuf
von starken Unlustgefühlen, Mattigkeit, Kopfweh und F
worauf plötzlich erhebliche Delirien mit lebhaften Geh
Gesichtstäuschungen, Desorientiertheit, schwere motorisch
bis zur Tobsucht sich steigernd, eine auffällige Neig
Selbstmord und oft allerlei Störungen der motorischen
Lähmungen), sensiblen und sensorischen Gebiete sich en
Die Dauer der Psychose soll vierundzwanzig Stunden sel
steigen und entweder in Tod oder Heilung ausgehen.
übergehenden oder bleibenden Folgeerscheinungen ist
schon Erwähnung getan. Differentialdiagnostisch sind
akute Störungen hysterischer, epileptischer und alko
Natur sowie Fieberdelirien auszuschließen.

Bezüglich der auf akute Hitzetraumen folgenden
gischen Alterationen, deren Erörterung den Rahmen dies
überschreitet, muß auf die einschlägige Literatur (*J*
Beard, *Reyher*, *Wood* cit. nach *Szuman* (49 und 50), *Her*
Schwarz (46), hingewiesen werden. Diesen Autoren g
steht *Oppenheim* (39 siehe weitere Literatur daselbst), de
unter den Begriff Insolation bzw. Hitzschlag „ganz ver
artige Zustände subsumiert“ werden.

Hitzepsychosen und Neuropsychosen mit längerer Dauer oder chronischem Verl

Eine Reihe anderer Fälle ist entweder auf einmali
sive Hitzewirkung zurückzuführen oder, und zwar in der
Digitized by Google

nen unmittelbar im Anschluß an den Insult oder nach oder kürzerer Zwischenpause, die durch psychische und ymptome, wie verändertes, reizbares Wesen, Abnahme lichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Müdigkeit, Kopf- vindel usw. ausgefüllt war.

stik und Literaturangaben finden sich bei *Bartens* (2), 2), *Eckert* (12), *Cramer* (6), *Szuman* (49 und 50). men einige Beobachtungen der hiesigen Klinik. Die en Momente sind neben der verschiedenartigen Wärme- lkohol, körperliche Überanstrengung, Trauma capitis, Belastung. Als Ausgänge sind Tod, chronischer Verlauf l in Demenz und Heilung der Krankheit angegeben. agnosen gestellt sind, werden die Fälle als progressive Demenz, Melancholie, Verrücktheit, Epilepsie aufgeführt. naheliegenden Schwierigkeiten einer kritischen Wür- eser Kasuistik verpflichten, wie voraus betont sei, der aus ihnen zu ziehenden Schlüsse zu um so größerer je älter das Material ist, was hier für einen Teil der fft.

die Ätiologie angeht, so kann man nur dann annehmen, chlag oder Sonnenstich der Psychose vorausgegangen er vom Arzt beobachtet und festgestellt wurde oder ärztlicher Zeugen die anderweitigen Mitteilungen ihn nlich machten. Letzteres ist nicht der Fall, wenn z. B. nt ist, daß bei heißem und schwülem Wetter und körper- eit die Krankheit plötzlich oder anscheinend akut ein- demselben Recht könnte man strenge Kälte, wie es Reihe hiesiger Fälle geschehen ist, oder auch Alkohol- emütsbewegungen als die Ursache der nachfolgenden bezeichnen. Sogar nervöse oder Allgemeinsymptome, hmerz, Übelkeit, Mattigkeit, dürften nicht ohne weiteres e eines vorausgegangenen Hitzeinsultes aufgefaßt werden, hne einen solchen nicht selten Psychosen, die alkoho- ur sind oder der Dementia praecox oder paralytica usw. in ähnlicher Weise sich entwickeln können. Sind Erscheinungen aber tatsächlich Ausdruck eines leichten

Digitized by Google

ausschließliche Ursache der nachfolgenden, meist
Psychose sein soll, da man selbst erhebliche Hitzeatta
konsekutive Geistesstörung verlaufen sieht. Wohl ab
möglich, daß sie mit anderen Momenten zusammen
für eine Psychose ebnen können oder den letzten A
ihren Ausbruch darstellen.

Einfacher ist der Nachweis kalorischer Faktoren d
Betreffenden längere Zeit hohen Hitzegraden künstlicher o
licher Wärme ausgesetzt waren, so z. B. Feuerarbeite
den Tropen Lebende. Damit ist indes über die ätio
Stellung der Hitzewirkung zum nachfolgenden Irresein n
gesagt. Wenn ihr aber, wie von manchen behau
wirklich ein so weittragender Einfluß auf das Irresein
so muß er sich nicht nur in der Häufigkeit geistiger
nach Hitzschlag oder Sonnenstich zeigen, was vorlä
nicht bewiesen ist, sondern die gesamten Feuerberuf
einen wesentlichen Beitrag zu den Geisteskrankheite
Dies wird auch von einzelnen (z. B. *Simon*, *Huppert*
Viktor (52)) angenommen; *Moreau* (52) glaubt eine eige
störung bei Köchen, „Folie des cuisiniers", aufstellen z
die Beziehungen zur progressiven Paralyse habe, und nach
ist der Aufenthalt vor glühendem Feuer und in heißen
eignet, den Boden für den Ausbruch der Paralyse zu pr
Nehmen wir noch die einundzwanzig Fälle von *Barte*
Viktor (52) bei Hütten- und Gießereiarbeitern, so ist
schlägige Literatur, soweit ich sie zu sammeln verm
wesentlichen erschöpft. Zu diesen immerhin bescheid
gebnissen kommt das Resultat einer Nachprüfung am
der hiesigen Klinik, demzufolge im Lauf der letzten
noch nicht $4^1/_2$% Kranke, deren Psychosen alle
Formen aufwiesen, in irgendwelchen Feuerberufen täti
waren. Am häufigsten unter ihnen waren die Trinker
ein spezifischer Einfluß der Wärme auf die Gestaltung
chose trat nirgends hervor.

Alles in allem kann man nach dem vorliegenden
und den bisherigen Erfahrungen auch in der länger ein

Digitized by Google

r Erkrankungen psychischer Art vorläufig nicht sehen.
er Auffassung ändern auch die Publikationen von *Bartens*
tor nichts, da die Zahl dieser Fälle im Vergleich zu den
en von Arbeitern in Hütten und Gießereien usw. geradezu
nden. Dazu kommt der bemerkenswerte Umstand, daß
Erfahrungen ähnlicher Art meines Wissens in den letzten
Jahren nicht mehr gemacht wurden.

Gründe für diese Seltenheit liegen vielleicht zum Teil
ervollkommneten hygienischen Einrichtungen der Betriebe,
n dem Umstand, daß diese Berufe immer wieder den
rischer Luft und Abkühlungen ermöglichen. Außerdem
ähnt werden, daß organische Veränderungen am Zentral-
stem und seinen Häuten, die nach jahrelangem Arbeiten
Hitze sich ausbilden mögen, doch meist so langsam und
ch sich entwickeln, daß die resultierenden nervösen und
nen Erscheinungen der Beobachtung ganz entgehen oder
cht die Höhe ausgesprochener psychotischer Symptome
n. Meningitische Veränderungen konstatiert man ja ab
als Nebenbefunde bei Sektionen, ohne bestimmte klinische
itszeichen für sie verantwortlich machen zu können. End-
r dürfte die moderne Forschung gegenüber dem spezifi-
tiologischen Einfluß der Hitze, wie überhaupt in der
Frage der Ätiologie des Irreseins, eine reserviertere
einnehmen.

ß man somit von einer tiefgreifenden ätiologischen Be-
der künstlichen Hitze von vornherein sehr wahrscheinlich
so ist damit keineswegs die Möglichkeit, als prädispo-
es Moment für Psychosen zu wirken, ausgeschlossen,
on aus dem mehrfach erwähnten Komplex nervöser und
ner Symptome als Residuen schwererer Hitzeattacken sich
Ebenso könnte sie auch als Gelegenheitsursache von
örungen wirksam werden.

weiteren ätiologischen Faktoren ist in den zunächst zu
chtigenden Arbeiten von *Bartens* und *Viktor* hereditäre
g, Alkoholabusus und Überanstrengung in einzelnen Be-
gen, in anderen aber über das Vorleben überhaupt nichts

Digitized by Google

Am häufigsten kehrt unter den Krankheitsbildern
gressive Paralyse wieder, die bei einer kleinen Zahl vo
unmittelbar oder einige Zeit nach dem Überstehen großer
hitze, bei den meisten aber sich entwickelte, nachdem die Leut
lang großer künstlicher Wärme ausgesetzt waren und zunächst
stadium nervöser und psychischer Beschwerden durchgemach

Die Autoren lassen keinen Zweifel darüber, daß
Hitze für die eigentliche Ursache dieser Psychose halte
Stütze erhält die Ansicht, daß die progressive Paralys
Wärmetraumen bedingt sein könne, durch gleichlautende Äuß
französischer Forscher, besonders von *Voisin* (52), *More*
Baillarger (52); auch *Strange* (52) pflichtet dieser Le
Da diese Paralyse infolge von Wärmewirkung sich in
wesentlichen Punkt von derjenigen unterscheidet, für de
wicklung nach allgemeiner Annahme überstandene Lu
bedingung ist, so müßten, die Richtigkeit der Ansicht g
Autoren vorausgesetzt, Hitzeinsulte der Lues sich als gleich
Ursache für die Paralyse an die Seite stellen.

Die Bedenken dagegen liegen nahe. Wäre die obi
richtig, so müßte die Hitze bei ihrer Häufigkeit viel öfte
in Wirklichkeit der Fall ist, als ätiologischer Faktor
Paralysenanamnese erscheinen und folglich Feuerarbeit
besonders der Gefahr dieser Erkrankung ausgesetzt se
aber nach der Statistik hiesiger Klinik sich nicht so
denn unter den früher erwähnten Kranken der Klinik,
Feuerberufen tätig waren, fand sich kein Paralytiker. A
Fehlen von Lues in der Anamnese der kasuistischen Fälle
nichts im Sinn der Autoren, da bekanntlich nach de
suchungen *Hirschl*s (23) sogar bei Luikern im Tertiä
von überstandener Syphilis in etwa 36% anamnestisch
zu eruieren war. Endlich wird diese Ansicht auch nicht
durch den unmittelbar auf die Wärmewirkung od
einem Zwischenstadium nervöser und psychischer Sy
folgenden Beginn der Krankheit. Er deutet vielmehr nu
hin, daß die Hitze der Psychose entweder zur unmittelba
wicklung verholfen hat, oder eine der Schädlichkeiten
den Boden für die Paralyse vorbereiten helfen.

www.Google

erwägen bleibt dabei aber doch die relative Häufigkeit
nentia paralytica in den Beobachtungen von *Bartens* und
die das Maß des Zufälligen überschreitet. Vielleicht er-
h diese Erscheinung daraus, daß die betreffenden Patienten
kehrs- und Industriezentren kamen und der Akquisition von
ehr als Landbewohner und Kleinstädter ausgesetzt waren.
sei noch, daß sämtliche Kranke sich im Paralysenalter
n.

sen Fällen reihen sich, angeblich als gleichwertige Folge
n Ursache, eine kleinere Zahl von Beobachtungen mit
in Heilung oder geistige Schwäche und mit der Diagnose
ia, Melancholie, Demenz an *(Bartens, Viktor, Eckert)*,
eziehung zu den organischen Krankheitsprozessen *Bartens*
Auftreten von Lähmungserscheinungen erkennt, die bei
in Heilung verschwinden. Die Lähmungen in den be-
en Fällen bestehen, soweit es sich nicht um Paralysen
nission oder um Alkoholpsychosen mit Neuritis handelt,
terten, verengten oder etwas ungleichen Pupillen, tremor
usw., also um Erscheinungen, die mit den schweren
rischen Veränderungen der Paralyse nicht in Parallele zu
sind, bei ähnlichen Fällen *Viktor*s und *Eckert*s zudem
und angesichts ihrer Häufigkeit im neurologischen Status
ktionellen Psychosen, den Verdacht organischer krank-
Veränderungen nicht rechtfertigen. Gerade bei ihnen
Verschwinden im Laufe der Zeit auch am ehesten ver-
n.

weit die fragliche Kasuistik zu übersehen ist, handelt es
ch der heutigen Terminologie um Kranke mit Dementia
x, von denen mehrere schon früher einen Krankheitsfall
macht hatten. Nach unseren bisherigen Anschauungen
Ursachen dieser Psychosengruppe, selbst wenn in den
en Fällen der Faktor der Hitze als Krankheitsursache
t dieser sicher nicht erschöpft. Auch hier entsteht, wie
Paralyse, die Frage, warum bei der Häufigkeit der Fälle
nentia praecox einerseits und der Hitzeeinwirkung ander-
tztere als eine wichtige Ursache dieser Psychose nicht

Digitized by Google

Ich schließe hier sieben ohne Lähmungen einhergehe
(unter tausend in Betracht gezogenen Krankheitsgeschic
hiesigen Klinik) von Psychose nach akuter Hitzeei
an; sechs von ihnen wiesen die hebephrene oder kat
Form der Dementia praecox auf, deren ätiologisches V
zum Wärmeinsult soeben besprochen wurde. Im siebente
auf den angeblichen Hitzschlag, dessen Einzelheiten nic
festzustellen waren, eine schwere „Nerven- und Geistesso
und fünf Jahre nachher Krampfanfälle, die sich in d
als hysterische darstellten. Bei der hochgradigen In
des Kranken mußte die Abhängigkeit der nervösen und psy
Schwäche vom Hitzschlag, sie sich an diesen anschloß, ang
werden und der Zusammenhang der fünf Jahre nach
setzenden Hysterie mit der Hitzeattacke war zum n
zweifelhaft, ganz abgesehen davon, daß der Nachweis
Gesundheit vor dem Hitzschlag nicht zu erbringen wa
kommen noch vier Kranke, die ihr Leiden auf die (n
oder künstliche) Hitze zurückführten, in der sie and
arbeiten mußten. Sie litten an Dementia praecox,
depressivem und degenerativem Irresein.

Die vorgetragene Ansicht bezüglich des ätiologischen
nisses hoher Wärmegrade zu psychischen Erkrankung
durch die Mannigfaltigkeit der auf die Hitze zurück
Irreseinsformen gestützt. Diese drängen den Verdacht
nach den bisherigen Erfahrungen sehr wahrscheinli
dieser Geistesstörungen als spezifische Hitzepsychose gelt
ja daß die Hitze nicht einmal die unerläßliche Vorbedin
die Erkrankung in den betreffenden Fällen war, denn so
der bunte Wechsel ihrer Formen unverständlich. Dage
an der zum Irresein neben anderen Ursachen prädi
renden und der krankheitsauslösenden Wirksamke
Wärme festgehalten werden, worauf schon der erwäh
schwere Hitzeinsulte folgende Komplex bleibender ps
und nervöser Symptome hindeutet.

Es bleibt noch die Möglichkeit eines anderen Einflu
Hitze zu erwähnen, nämlich derjenige auf die Schne

Digitized by Google

de Verlauf der Psychose daran denken läßt, war dieser
bei der Mehrzahl der Beobachtungen, zu denen auch
gen gehören, nicht zu gewinnen. Endlich ist zu prüfen,
tze der Psychose trotz der Verschiedenheit ihrer Formen
arakteristische und gemeinsame Merkmale aufprägt.
führt als solche Kongestionen zum Kopf, heftige Tobsucht
ommenes, traumhaftes Wesen an. *Viktor* fand ebenfalls
were Tobsucht, sowie starke Kopfschmerzen und Kon-
, Benommenheit dagegen nur kurze Zeit vor dem Tod.
visse Übereinstimmung ergibt sich also hinsichtlich der
nerzen, Kongestionen und schweren Erregungszustände.
Erscheinungen in der übrigen Kasuistik aber nicht an-
sind, auch im hiesigen Material sich nicht vorfanden, so
Frage, ob sie für Psychosen nach Hitzewirkung charak-
sind, vorläufig dahin beantwortet werden, daß ihr Auf-
n der Dauer und Intensität des Wärmetraumas abhängig
scheint.

e Hitze wird endlich von Erforschern der Tropenkrank-
ls Ursache der Epilepsie genannt. Angesichts der
nen Veränderungen am Gehirn und seinen Häuten als
r Hitzewirkung ist das Auftreten von Epilepsie denkbar;
nmt *Gowers* (20) in dieser Frage eine vorsichtige Haltung
erwähnt die Insolation unter den erregenden Ursachen
epsie, die gegenüber den prädisponierenden zu unzulänglich
n, als daß ihnen allein der Ausbruch der Krankheit zu-
en werden könnte. Aber auch als erregendes kausales
des ersten epileptischen Anfalles führt er die Insolation
ünfunddreißig unter dreitausend Fällen als wahrscheinlich
leicht gehört zu ihnen auch der *Eckert*sche Kranke, der
esund war und mehrere Monate nach Überstehen eines
gs an Epilepsie erkrankte, und einige wenige Fälle von
der hiesigen Klinik, in denen nach starker natürlicher
nstlicher Wärme der erste Krampfanfall sich einstellte.
wurde Hitze als alleinige Krankheitsursache in keinem
gen Fälle festgestellt. Die Schilderungen der einschlägigen
ungen der übrigen Kasuistik sind kurz und nicht ein-

Digitized by Google

Entscheidung der Frage, ob Epilepsie eine Folge der alleiniger und ausschließlicher Ursache sein kann, nicht erscheint.

Sehr zugunsten einer, direkt durch Sonnenstich, wohl auf organischer Hirnläsion, erzeugten Epilepsie spricht allerdings eine B von Herrn Sanitätsrat *Wildermuth*, Stuttgart, die er in der Diskus Vortrags erwähnte, und deren Anführung er mir in dankenswerte gestattete.

F., Kaufmann, 32 Jahre. Lues sicher auszuschließen. Seit 1 jahr in Manila, an das Klima völlig adaptiert, Malaria zweifelhaft. nur leichte Anfälle.

Mit 24 Jahren (Mai und Juni 1898) längere Reise ins Inner komfortablen Booten auf schmalen Flußläufen. Unangenehme K Kopf durch den fortgesetzten Anblick des glitzernden Wassers. 29. Juni 1898 an besonders heißem Tage: Übelsein, Schwindel, G Schlages in die rechte Nackenhälfte, Lahmwerden des rechten A Beines, Ausstoßen eines Schreis. Patient empfand dies alles, unklar. Dann bewußtlos für 1—2 Stunden, darauf große Mattigke Durst, dumpfer Kopfschmerz, starkes Schwächegefühl der rechten Ex peinliches Blendungsgefühl besonders im rechten Auge. II. Anfa 1898: Schmerzhaftes Blendungsgefühl, Gefühl von Schwindel und den Nacken, krampfhafte, scheinbar besonders tonische, Kontrak rechten Armes; am 11. Juli III. Anfall wie der II. verlauf 4. August 1898 ab (Brom) Behandlung. Jedes helle Licht wird s empfunden. IV. Anfall 24. September wie oben, aber schwächer tember mehrmals leichter Schwindel. Auf der Seefahrt Schl Gefühl allgemeiner peinlicher Erregung, anhaltende Überemp gegen Licht.

Befund von Sanitätsrat *Wildermuth* 7. November 1898. Auß Milzvergrößerung innere Organe normal. Neurologisch: Rechte Su muskulatur leicht druckempfindlich, rechte Pupille ein wenig wei linke, beide Papillen leicht gerötet, rechter Fazialis etwas < link Patellarreflex lebhafter als linker; im übrigen durchaus normale V

1899. Langsam zunehmende Besserung, kein Anfall, nur e leichte und rasch vorübergehende Parästhesien am rechten A auch am rechten Auge mit der Empfindung, das rechte Auge wer Gegen Licht noch überempfindlich; 13. Februar Pupillendifferenz weislich. — Beginnt, etwas zu arbeiten.

1901. Februar. Stärkerer Schwindelanfall mit Schwäche im rechten Bein, ab und zu rasch vorübergehendes Steifigkeitsgefühl rechts. Arbeitsfähigkeit besser, allgemeine Ernährung noch schle

1902 verläuft ganz gut. Besserung der Ernährung. Blend

Digitized by Google

3. Anhaltende Besserung, in verantwortungsreicher Stellung wie früher
August rasch vorübergehendes Gefühl von Schwäche und Hitze
en Arm und Bein.
4 und 1905 gut verlaufen. 1906 rechtes Auge gegen grelles Licht
findlich. Januar 1906 erhebliche Besserung der allgemeinen Er-
Patient lebt sehr vorsichtig und nimmt täglich noch 3 g Bromnatron).
fferenz verschwunden.

ne Berücksichtigung haben bei den bisherigen Auseinander-
n die bei Europäern in den Tropen beobachteten Psychosen
n. Eine eingehende kritische Behandlung der betreffenden
(*v. Becker* (3) *Rasch* (41), weitere Literatur daselbst)
sich für mich, da ich eigne Erfahrungen hierüber nicht

n Vergleich mit den oben angestellten Erwägungen sei
folgendes hingewiesen: Es kommen bei Europäern in
ben Psychosen vor, die sich ungezwungen in die uns be-
klinischen Formen einreihen lassen und auch ohne Hitze-
zum Ausbruch kommen. Zu ihnen treten aber noch
die der Schilderung nach kein geschlossenes Krankheits-
rstellen. Sie scheinen einer Kombination verschiedener
itsursachen zu entspringen, deren wesentliche neben dem
en Klima ganz besonders neuro- oder psychopathische
ution, sodann der in den Tropen sehr deletär wirkende
gemütliche Einflüsse, körperliche Erkrankungen und Über-
ungen sind. Gemeinsam ist diesen psychotischen Zu-
die sich, oft rapide, namentlich während der Akklimatisation
eln sollen, eine Einbuße an Gedächtnis sowie körperlicher,
und sittlicher Leistungsfähigkeit, schwere Willenlosigkeit
laffheit, die zur Vernachlässigung der nächstliegenden ge-
tlichen, gesundheitlichen und beruflichen Pflichten führt,
e exzessive Steigerung der Affekterregbarkeit, die ihren
k in elementaren Zornexplosionen und impulsiven Gewalts-
it nachfolgender starker Erschöpfung findet. Dazu kommen
vösen Symptomen hartnäckige Schlaflosigkeit und vasomo-
Erscheinungen (Kongestionen mit Kopfschmerz, Herz-
schwere Beklemmungen und Angstanfälle). Dieser Symp-
mplex, für den man bekanntlich die Bezeichnung Tropen-

Digitized by Google

ler Gesundheit nach Rückkehr in gemäßigtes Klima, sofer
chon bleibende Defektzustände eingetreten sind.

Bei einem Vergleich dieser Erscheinungen mit den
ach Dauereinwirkung künstlicher Wärme und nach sch
Sonnenstich und Hitzschlag fällt somit eine Übereinstimmu
visser Symptome auf. Anderseits ergibt sich, daß die ei
Krankheitsbilder keine für Hitzewirkung charakteristische,
eschlossene Irreseinsform annehmen. Vielmehr scheint
rführen die psychischen und nervösen Vorgänge durch di
nsulte gewisse elementare Alterationen, die in den be
uf schwere Wärmetraumen folgenden Psychosen mit ei
vissen Regelmäßigkeit wiederkehren, während die kli
Form der Geistesstörung selbst durch andere, z. B. konstitu
der toxische und infektiöse Faktoren bestimmt wird.
Becker (3) ist bezüglich der Tropenpsychosen der Ansic
s sich bei den Erkrankten oft um moralisch Minderwertige
die in Geisteskrankheit verfallen, wenn noch weitere Sch
keiten hinzukommen.[1])

Als Ergebnis der vorliegenden Untersuchungen, die
bisher gesammelten kasuistischen Material angestellt wur
omit folgendes auszusprechen: Akute Psychosen, die n
von Fieberdelirien verlaufen und diesen auch ätiologisch sich
reten infolge intensiver und akuter Wärmeeinwirkungen
verden noch durch andere Ursachen herbeigeführt, wie
äre Belastung, Alkoholgenuß, körperliche Überanstrengu
Schwäche und gemütliche Erschütterungen. Ihre Frequenz
m allgemeinen in unseren gemäßigten Klimaten keine seh
u sein, mit Steigerung der natürlichen oder künstlichen
ber zuzunehmen.

Spezifische Hitzepsychosen von längerer Daue
uweisen ist nicht gelungen. Dagegen kann die Hitze Ge

[1]) Nach Angabe von *J. Moreira* und *A. Peixoto* (Les maladies
ans les climats tropicaux. Rio de Janeiro 1905: Ref. im Ctrbl. f.
Psych. 1906), auf die ich vor Drucklegung dieser Arbeit aufmerksam
ommen in den Tropen besondere, anderwärts nicht auftretende P
icht vor. Lebensweise und persönliche Veranlagung sind viel w
rsächliche Momente. Auch die Symptome der verschiedenen b

ierenden Schädlichkeiten werden und der durch andere
n mitbedingten Psychose einige charakteristische Züge
en, die in der Neigung zu schweren Erregungen, impulsiven
kten und einer Reihe vasomotorischer Störungen bestehen,
auch bei den akuten deliranten Zuständen angetroffen werden.
h Einwirkung hoher (künstlicher oder natürlicher) Wärme-
nd sodann allerlei Lähmungserscheinungen sowie psychi-
efektzustände beobachtet worden, die in Herabsetzung
erstandskraft bei körperlicher Arbeit und Krankheit, gegen
und gemütliche Einflüsse, in einer Abnahme der geistigen
sfähigkeit, der Gedächtniskraft und des sittlichen Niveaus
lich in Reizbarkeit und Willensschwäche bestehen.

r wohl möglich, aber bisher nur in vereinzelten Fällen
sig beobachtet ist endlich die Epilepsie, wahrscheinlich
e organischer und durch Hitzewirkung entstandener zere-
chädlichkeiten. Etwas häufiger dürfte die Wärmebestrahlung
te erregende Ursache des ersten epileptischen Krampf-
fungieren.

Literatur.

rndt, R. Zur Pathologie des Hitzschlags. Virchows Archiv f. path. 64. 2. *Bartens,* Über den Einfluß strahlender Wärme auf die g von Geisteskrankheiten. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34. *ser,* Tropenkoller. Psychiatr. neurolog. Wochenschr. Bd. 4 (Refer.). *nger,* Die Epilepsie. Nothnagel XII, 1. 5. *Binz,* Über Anwendung des ei Hitzschlag. Deutsche militär-ärztliche Zeitschrift 1895. 6. *Cramer,* und nach Insolation. Neurol. Zentralbl. 1890 (Refer.) 7. *Dick,* anke als Opfer des letzten deutsch-französischen Krieges 1870/71. eitschr. f. Psych. Bd. 30. 8. *Dietz,* Geistesstörungen in der Armee im nd im Krieg. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44. 9. *Dittrich,* Über Hitz- tödlichem Ausgang. Schmidts Jahrbücher 243 (Refer.). 10. *Düms,* Hand- Militärkrankheiten Bd. 3. Leipzig 1900. 11. *Ebstein* und *Schwalbe,* der praktischen Medizin. Bd. V. 12. *Eckert,* Mitteilungen über drei Fälle esstörungen nach Hitzschlag bei Soldaten. Inaug. Diss. Berlin 1902. ordentliche Versammlung des psychiatr. Vereins zu Berlin (Koster). eitschr. f. Psych. Bd. 28. 14. Erkrankungen des Nervensystems bei chen Heeren im Krieg gegen Frankreich 1870/71. 15. Feldbrief aus n. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 27. 16. *Féré,* Les Épilepsies ileptiques. 11. *Fröhlich,* Geisteskrankheiten und Selbstmorde in e. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41 (Refer.). 18. Derselbe, Über

nd sun-stroke as causes of insanity. Neurolog. Zentralbl. 1897
0. *Gowers*, Die Epilepsie. 1902. 21. *Griesinger*, Die Pathologie und T
er psychischen Krankheiten. IV. Aufl. 22. *Herford*, Zur Lehre vo
chlag. Deutsche Med. Wochenschr. 1900. 23. *Hirschl*, Jahrbücher
niatrie XIV. 24. *Huppert*, Zur Kasuistik des Irreseins infolge des F
on 1866. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 28. 25. *Ideler*, Mitteilung
sychosen bei Militärpersonen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 29. 26
ber Geistesstörungen in der Armee zur Friedenszeit. 27. *Kelsch*, A
u coup de chaleur. Schmidts Jahrbücher 247 (Refer.). 28. *K*
ehrbuch der Psychiatrie. 1892. 29. *Kraepelin*, Psychiatrie. V
0. *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie. V. Aufl. 1893. 31.
iniges über Hitzschlag. Deutsche militär-ärztliche Zeitschr. 1898. 32.
nd *Regnard*, Recherches expériment. sur la pathogénie du coup de
chmidts Jahrbücher 247 (Refer.). 33. *v. Liebermeister*, Vorlesung
pezielle Pathologie und Therapie. Bd. II. Leipzig 1886. 34. *Löchn*
sychosen beim Militär nach Feldzügen. Allgem. Zeitschr. f. Psych
5. Militärstatistisches Jahrbuch der österreichischen Armee für 1877.
eitschr. f. Psych. Bd. 38 (Refer.). 36. *Müller*, Sonnenstich. Deutsche
rztliche Zeitschr. 1887 (Refer.). 37. *Musehold*, Eulenburgs Realency
XII. 38. *Nasse*, Bemerkungen über Geistesstörungen bei Militärpers
olge des Krieges 1866. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 27. 39. *Op*
ehrbuch der Nervenkrankheiten. IV. Aufl. 40. *Podestà*, Häufigkeit
achen seelischer Erkrankungen in der deutschen Marine. Arch.
d. 40. 41. *Rasch*, Über den Einfluß des Tropenklimas auf das
ystem. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54. 42. *Scagliosi*, Über den
tich. Schmidts Jahrbücher 274 (Refer.). 43. *Schröter*, Psychiatri
nerkungen aus dem Felde (1870/71). Allgem. Zeitschr. f. Psych.
4. *Schüle*, Klinische Psychiatrie III. Aufl. 45. *Schultze, F.* Die Kra
er Hirnhäute und die Hydrocephalie. Nothnagel Bd. 9. 46. *Schwarz*, P
ach Sonnenstich. Neurol. Zentralbl. 1903 (Refer.). 47. *Sommer*,
ur Kenntnis der Militärpsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych.
8. *Stier*, Über Geisteskrankheiten im Heer. Allgem. Zeitschr. f. Psych
9. *Szuman*, Über Störungen des Nervensystems als Nachkrankhe
litzschlags. Neurol. Zentralbl. 1899 (Refer.). 50. Derselbe, Über Alt
es Nervensystems bei Sonnenstich mit spezieller Berücksichtigung der
ntstehenden Neurosen. Neurol. Zentralbl. 1900 (Refer.). 51. *Th*
Wärmeabfuhr in ihrer Beziehung zum Hitzschlag, zur Kleidung, z
rmüdung und Herzdehnung. Deutsche militärärztliche Zeitschri
2. *Victor*, Über Geisteskrankheiten infolge hoher äußerer Temp
llgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 40. 53. *Weber*, Die Beziehungen
örperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. *Hoche*, Sammlung
oser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheit
4. *Ziegler*, Lehrbuch der pathol. Anatomie. 55. *Ziehen*, Psychiatrie

Über Arbeitsentlohnung in unseren Irrenanstalten.[1])

Von

Dr. **August Hegar,** Wiesloch.

einem Aktenstück einer alten Anstalt aus dem Jahre 1814 den Konferenzbeschluß: die arbeitenden Kranken sollen er Handschuhe erhalten. Es ist dies wohl eine der ein- Arbeitsbelohnungen, seither haben sich die Verhältnisse ch geändert. 1827 empfiehlt *Esquirol* die Beschäftigung nken schon mit der Begründung: die Armen können sich Zukunft etwas erwerben, gehen mit einer kleinen Geld- fort.

s *Guislain*sche Reglement von 1851 sagt: die arbeitenden erhalten für ihre Leistungen eine kleine Belohnung. als möglich an Stelle des Geldes Belohnungen in Kleidung tzulage.

dem *Schnitzer*schen Lehrbuche der Pathologie und Therapie steskrankheiten von 1846 heißt es über diesen Punkt: ngen in barem Gelde sollen nur selten gegeben werden, ein Mißbrauch stattfindet, z. B. Geschäfte, Abkaufen von n, die Klügeren nehmen es den anderen ab. Andererseits uch wieder gut, ihnen Geld zu geben, um zu sehen, wie rwenden, und um ihnen sein Vertrauen zu zeigen.

rel empfiehlt 1898: Von dem Betrag, den der Kranke in g nimmt, läßt man ihn nach Belieben Erfrischungen, be usw. einkaufen, oder man gestattet ihm auch, denselben

---

[1]) Aus der Heil- und Pflegeanstalt Illenau.

Digitized by Google

inder usw. — Ein Teil davon wird, wovon der Kranke K
ehmen muß, für den Hilfsverein abgezogen; er freut sic
auch zum Wohle seiner Mitkranken arbeitet.

Gegenwärtig gehen an den deutschen Anstalten zv
ergünstigungen für arbeitende Kranken nebeneinander he
al Kostzulagen, Abgabe von Zigarren, Tabak, Anschaffu
esseren Kleidungsstücken, Uhren, Musikinstrumenten usw.,
ie an allen Anstalten in gleicher Weise üblich sind, hö
landesüblicher Weise modifiziert werden; und dann Gew
on Geld, über das der Kranke, mehr oder weniger kont
erfügen darf. Diese Art der Arbeitsbelohnung wird vo
chiedenen Seiten grundsätzlich abgelehnt, ist aber wie
nderen Anstalten in Übung.

Die Arbeitsbelohnung für die Kranken hat sich auf d
achen Grundlage von Leistung und Gegenleistung entv
in Recht, irgendwelche Arbeitstätigkeit von den Kranl
erlangen, konnte von ärztlicher Seite nie geltend gemacht v
ndererseits bestand aber auch für die Anstalt keine Verpfli
em Kranken mehr zu geben als eine hygienische und
ustande entsprechende Unterbringung, die festgesetzte Ko
rztliche Behandlung. Durch die Beschäftigung ergab s
eide Teile ein Gewinn: die Kranken hatten die Möglichke
ewisse Genüsse zu verschaffen, die ihre monotone Existen
erten, die Anstalt gewann den Vorteil, Arbeiten, die im
ich als notwendig erwiesen, von ihren Insassen ausfüh
assen, Taglohn zu sparen usw. Erst mit der Einführu
olonialen Unterbringung der Kranken und der damit wach
rkenntnis vom Werte einer methodisch geleiteten Beschäf
hrem günstigen Einfluß auf den Gesundheitszustand der Pa
nd auf die Ordnung der Anstalt entwickelte sich die A
elohnung als eine Einrichtung, die geeignet war, die K
u ihrem eigenen Besten zu einer regelmäßigen Tätigkeit zu b
nd die ohne Zwang eine erziehliche Wirkung ausübte.
ings läßt sich der in der Theorie mit Recht festgehaltene
unkt, daß die Beschäftigung nur als Heilfaktor anzuseh
aß zuerst den Kranken das Bewußtsein beizubringen

n für ihre Gesundheit, in der Praxis nicht vollständig erhalten. Bei der in ihrem Defektzustande begründeten losigkeit waren pädagogische Mittel nicht zu entbehren, e und unbestimmte Dauer der Anstaltsbehandlung ließ ument, daß der Kranke nur zu seinem Wohle arbeite t für die Anstalt, allmählich an Beweiskraft verlieren. aß der Kranke oft jahrelang seine Arbeitskraft zum er Anstalt verwendete, bildete sich doch eine gewisse ung aus, man erkannte stillschweigend einen Anspruch nleistung an. Soweit daher den Anstalten Mittel zur zung bedürftiger Kranker zur Verfügung standen, wurde en und vorzugsweise den Arbeitenden gegeben, sei es bei der Entlassung, sei es zum Besten ihrer notleidenden Eine weitere Ausdehnung nach der Seite der sozialen hin erhielt die Arbeitsbelohnung durch die Bestre- von *Ohla*[1]), *Berze*[2]), *M. Fischer*[3]): dieselben heben hervor, daß der Kranke, der bisher der Ernährer seiner ar, auch in der Anstalt, in der er vielleicht jahrelang zurück- werden muß, einen Anspruch habe, daß er seine Arbeits- n Nutzen seiner Angehörigen verwende, daß dieselbe zum Vorteil der Anstalt ausgenutzt werde. Besonders uf hingewiesen, daß die Strafgefangenen in dieser Hin- Kranken gegenüber bevorzugt werden, daß jeder von it durch seine Arbeit erworbenen Sparpfennigen ent- erde. — Es wird also den arbeitenden Kranken eine ung zum Verdienste zuerkannt, aus der Arbeitsbelohnung Arbeitsentlohnung. Zur Durchführung dieser der Wohl- Kranken dienenden Maßregel wird die Einrichtung und re Ausdehnung der sogenannten Arbeiterverdienstkassen n; *Fischer* gibt dabei genaue Anweisungen über die des Arbeitverdienstwesens.

Gründung der Arbeiterverdienstkassen liegt sehr weit ie damit gemachten Erfahrungen sind jedoch, abgesehen

---

ych.-Neurol. Wochenschrift 1900 Nr. 38, 39.

ych.-Neurol. Wochenschrift 1900 Nr. 48.

Fischer: Wirtschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irren-

Digitized by Google

von den in einem Aufsatze von *Berze*[1]) ausgesprochene nicht weiter erörtert worden. Das Statut der niederö schen Landesirrenanstalten von 1869 sieht schon die E vor: die Verdienstgelder, die nach einem bestimmten T Begutachtung des Direktors festgesetzt werden, sind E des Kranken und werden für jeden besonders verrech Bericht des ungarischen Ministeriums des Innern über wesen von 1900 nennt die Verdienstgelder eine nachah Institution. Für die Entlohnung waren im Budget 680 bewilligt. Jeder arbeitende Kranke erhält täglich 40 H die er frei verfügt. Hierdurch wird denselben die M etwas zu sparen, gegeben. In einzelnen Fällen können Angehörigen über das dem Kranken gehörige Geld Daß auch die Unterhaltungen, Festlichkeiten für die Kr diesem Betrage gedeckt werden, vermindert allerding deutung des gewährten Kredites erheblich. Die in De bestehenden Formen der Verdienstkassen stellen einen der aus den Arbeitsverdienstanteilen der Kranken gebi Derselbe steht zur Verfügung des Direktors und wird zu Vergünstigungen für Kranke verwandt. Es wird in Anstalten Wert darauf gelegt, daß die Kranken wissen, Arbeit diese Kasse unterhält und ihnen so ihre Verg ermöglicht.

Das von *Krayatsch* zur Einführung geplante Sy Verdienstkasse sieht einen durch die Gesamtheit der a Pfleglinge erhaltenen Fonds vor, aus dem die berecht sprüche der einzelnen befriedigt werden. Eine Ausnahm besonders selbständige und hervorragende Arbeiter, d Erträgnis ihrer Arbeit individuell gutgeschrieben wird.

Nach dem Vorschlage *Berzes* wird das Prinzip gew die Arbeitsleistungen der Kranken an der Anstalt vergüt *Berze* hält aber nach seinen Erfahrungen den Modus d entlohnung nicht für zweckmäßig und möchte dieselbe vermeiden. Die Kranken tragen zwar zu dem Bestand bei, erhalten aber nur in zwei Fällen etwas aus derselbe

Digitized by Google

zung der bedürftigen Angehörigen, 2. zur Unterstützung
Entlassung. Es handelt sich also wesentlich um einen
zungsfonds. Nach der ganzen Lage der Dinge würden
heisten die Kranken partizipieren, die Wohltat dieser Ein-
genießen, die nur kurze Zeit gearbeitet haben. *Berze*
n auch die Konsequenz, aus dieser Kasse auch Unter-
n an nichtarbeitende Kranke zu geben. Für solche Zwecke
ber schließlich auch ein von der Regierung ausgesetzter
Es würde sonst darauf hinauslaufen, für die Anstalt auf
awege einen allgemeinen Unterstützungsfonds zu schaffen.
ganze Einrichtung der Verdienstkassen entbehrt, wie
t, noch einer festen Grundlage. Schon die erste Frage,
der Kranke einen Anspruch auf eine Entschädigung
Arbeit hat, ist durchaus noch nicht allgemein bejaht
auch nicht von den Anstalten, die Arbeiterverdienstkassen
Man wird daher besser erst untersuchen, wieweit über-
Bedürfnis besteht, den arbeitenden Kranken außer den
ichen Vergünstigungen noch weitere an Geld zuzuweisen,
damit ein Nutzen geschaffen werden kann. Der Beant-
dieser rein praktischen Frage möchte ich in den folgen-
mmenstellungen näher treten. Es war dazu eine Über-
r eine größere Zahl von arbeitenden Kranken nötig, bei
ich jeder einzelne in seinen besonderen Verhältnissen
werden konnte.

er Anstalt Illenau wird die Geldbelohnung an Kranke
ır lange geübt, wobei besonders das humane Ziel der
zung der bedürftigen Angehörigen im Auge behalten
Erst in den letzten Jahren wurde mit Hilfe eines von
rung zur Verfügung gestellten Kredites in systematischer
e Einzelbelohnung von Arbeitern eingeführt. Es wurde
rselben eine bestimmte Summe gutgeschrieben, die ihm
Entlassung zur Verfügung stand, oder während seines
ufenthaltes erlaubte, berechtigte Wünsche zu befriedigen.
uteilung und Kontrolle sich von engen Gesichtspunkten
t und in liberaler Weise ausgeübt wurde, so dürften
rfahrungen in ungezwungener Weise darstellen, was der

Digitized by Google

Um mich nicht zu sehr in Einzelheiten zu verli
eine gewisse Sichtung notwendig. Ich habe daher nu
— 122 Männer — berücksichtigt, die ich genau kannte
deren Verhalten nach der Entlassung ich mir sichere
verschaffen konnte. Ferner wählte ich nur solche aus
sächliche Arbeitsleistungen aufzuweisen hatten: einigerm
ständige Arbeiten im landwirtschaftlichen Betrieb, in
stätten, als Hilfskraft in Wasch- und Kochküche,
Arbeiten, für welche die Anstalt weiteres Personal oder
hätte einstellen müssen. Die Arbeitszeit mußte täglich
sechs Stunden betragen; die Kranken mußten unun
mindestens ein Vierteljahr bei der Arbeit geblieben sei
also weg: die sogenannte Hausarbeit, alle Arbeit, die
Ziehen oder Tragen geleistet wurde, das in Illenau aus
tischen Gründen sehr beliebte nützliche Holzsägen, für da
bis vier Stunden täglich verwendet werden konnte, endli
kurze Betätigung der Rekonvaleszenten, bei denen eine Ab
der Arbeitsresultate zu geringfügig gewesen wäre.

Die Arbeitsleistungen, über die ich mich persönlich
Berichte der verschiedenen die Kranken beaufsichtigen
toren vergewisserte, qualifizierte ich mit $^1/_2$, $^3/_4$, 1, wob
etwa die Tagesarbeit eines gesunden Taglöhners erreich

Die Arbeitsbelohnung betrug zwei bis fünf Mark
die ersparte Summe wurde aber bei verheirateten Kra
bei der Entlassung je nach den Leistungen noch erhebli
Bei der Gruppierung der Kranken zeigte sich ein
Schwierigkeit, da zahlreiche Gesichtspunkte in Frage k
jeder Fall wieder seine Besonderheiten bot. Eine
Scheidung ergab sich sofort zwischen Verheirateten und
Es zeigte sich, daß dieselbe auch eine gute klinische
ergab, da bei den Verheirateten die Diagnosenstellung
und leichter war, viel „reinere“ Fälle in sich schloß.
große Bedeutung darf man übrigens hier der Diagnose
legen, da meiner Beobachtung nach die Individualität de
nach Ablauf der akuten Erscheinungen wieder stärker
der ursprüngliche und durch Erziehung und Herkunft

auernbursche seine Ersparnisse besser, war in seinen
n verständiger, als der intellektuell ihm weit überlegene,
en Trieben und Neigungen leichter nachgebende städtische

den Verheirateten handelte es sich nur um drei
:
Chronische Alkoholisten: acht an Zahl; nur ein
Mann erreichte die volle Arbeitsleistung, drei waren mit
iziert, die übrigen mit $^3/_4$. Was die Vermögenslage be-
bezahlte bei zweien der Armenverband, bei einem der-
ar der durch die Erkrankung hervorgerufene finanzielle
eits vor der Aufnahme vollendet; in zwei Fällen war
ekte Notlage vorhanden, auch in absehbarer Zeit nicht
ten.[1]) Die übrigen vier waren zwar Selbstzahler, eine
zung der Familie durch Lohn war aber wünschenswert,
rbeitskraft des Mannes naturgemäß sehr entbehrt wurde,
Dauer der ökonomische Rückgang vorauszusehen war.
wohl der Platz, eine sehr humane und weitblickende
ng zu erwähnen, die der Armenverband der Stadt Leipzig
hat; derselbe setzt nämlich für die arbeitenden Kranken
alt Dösen eine Summe als Arbeitsentlohnung aus, die
die Familie als Unterstützung abgegeben wird. Der
ser Maßregel kommt besonders bei den Alkoholikern zur
bei denen ja eine verfrühte Entlassung mit Rücksicht
Existenz der Familie so oft nicht zu umgehen ist. Es
n nur die Schwierigkeit ergeben, daß die Unterstützung
aufhören kann, wenn der Kranke arbeitsunfähig wird.
auch in einem meiner Fälle, wo die Familie die Unter-
sehr gut gebrauchen konnte, der Kranke nach einem
olge zunehmender Verblödung zur Arbeit nicht mehr zu
en. Ich glaube, daß derartige Vorkommnisse selbst bei
tigster Beurteilung der Arbeitsleistungen nicht selten sein
Von den acht Kranken waren fünf nach wiederholter

---

ie nicht bedürftigen Kranken müssen schon der Vollständigkeit halber
ührt werden; man wird dieselben auch, wenn man die Arbeitsleistung

Entlassung dauernd anstaltsbedürftig geworden; bei zwei
ichen bestand kein Bedürfnis der Aufsparung des Lohnes
Entlassung, ein Kranker vertrank seine Ersparnisse so
der Heimreise.

Eine Verwendung des Lohnes innerhalb der Anstalt
echs nicht notwendig, es bestand keinerlei Veranlassung
durch Geldbeihilfe besondere Vorteile zukommen zu lassen,
die Ansprüche durchaus nicht fehlten. Bei zwei dauer
pflegten fleißigen Arbeitern konnte, wenn auch unter st
Kontrolle, eine Verwertung ihres Lohnes erlaubt werden.

2. Periodische und zirkuläre Psychosen: Diese
umfaßt ebenfalls acht Kranke, zwei davon waren mit $^1/_2$ qua
die übrigen mit $^3/_4$, also kein Vollarbeiter. Fünf Kran
übrigens wiederholt früher schon aufgenommen worden
konnten nach einer Arbeitszeit von $^1/_2$—1 Jahr entlassen
Die drei jetzt dauernd Verpflegten haben eine Arbeitsz
$^3/_4$, 3 und 12 Jahren. Der letztere Kranke fing erst nach
Aufenthalt von 10 Jahren an zu arbeiten. Es bestanden
schwere Erregungszustände, die eine Entlassung nicht
machten. Trotzdem kämpfte die Frau, die neben der Pf
kleine Kinder das Gütchen bewirtschaftete, jahrelang dar
ihr Mann entlassen werde. Als aber nach langer Zeit
die Möglichkeit eintrat, lehnte die Frau die Zurücknahme
sie neben der Feldarbeit und den Kindern nicht noch den
Mann beaufsichtigen könne.

In einem Falle bestand keine Notlage; bei den übrig
bei vier der Armenverband die Verpflegung übernomm
ihnen und den drei Selbstzahlern waren Frau und mehrere
durch die Erkrankung des Mannes in eine Notlage gek
es war Gefahr vorhanden, daß das kleine Besitztum ba
äußert werden mußte.

Bei den vier bedürftigen Entlassenen bewährte es si
ihnen Geld mitgegeben werden konnte; es handelte sich
wohlangewandte Unterstützung. Ein Bedürfnis, die Geldbe
während des Anstaltsaufenthaltes zu verwenden, bestand
es wurden von den Kranken — alle aus bäuerlichem St

Digitized by Google

hatte in der Erregung allerlei Wünsche, er schickte auf Aufforderung Geld an seine kranke Frau.

Die letzte Gruppe — Paranoia — umfaßt vierzehn es handelt sich um Leute, die bei Beginn der Erkrankung en Mannesalter standen; es bestand ein chronischer isierter Verfolgungswahn; Gedankengang und Haltung eordnet; Sinnestäuschungen spielten keine große Rolle. h den Arbeitsleistungen qualifizierten sich acht als Voll- die übrigen als $^3/_4$; mit $^1/_2$ befand sich keiner darunter. nnten nach einer Arbeitszeit von $^1/_2$—4 Jahren entlassen Die Vermögenslage gestaltete sich mit Ausnahme eines durch ihre Erkrankung ungünstig. Es waren bei allen drei bis zehn — Kinder vorhanden. Bei sieben bezahlte haltlich des Rückgriffsrechtes — der Armenverband, bei gen bestand die Gefahr, daß bei Weiterdauer der Anstalts- keit der finanzielle Ruin eintreten würde, daß mit Verlust ndlichen Besitztums, ihres Geschäfts- oder Handwerk- die Familie vollständig proletarisiert und zersprengt

er den Entlassenen bildete bei sieben die Ersparung des eine wohlangebrachte Unterstützung; bei einem Kranken as Geld mit seiner Zustimmung der Frau eingehändigt. ickten übrigens schon vor der Entlassung Geld heim, selbst, einer auf Aufforderung.

h bei den dauernd in der Anstalt zurückbehaltenen en war die Verwendung des Lohnes eine gute, irgend- persönlichen Ansprüche wurden kaum gemacht; zwei regelmäßig Geld für die Kinder nach Hause. Einer ranken mußte nach dreijähriger Arbeitszeit wegen zu- er Gefährlichkeit von der Arbeit zurückbehalten werden, selben mit Rücksicht auf seine bedürftige Familie sehr Ein sehr fleißiger Kranker lehnte jede Be- oder Ent- seiner Arbeit, auch die Kostzulagen, aus krankhaften energisch ab, weigerte sich auch, seine Angehörigen mit de zu unterstützen. Bei dieser Gruppe kam es mehrfach Gemeinde und Angehörige das Ansuchen an die Anstalt

Google

der Anstalt ja „keine Mühe“ mache, sondern so viel m
alle Kosten gedeckt seien. In einem Falle verlangte di
direkt die Auszahlung des Tagelohnes, den ihr Mann
Arbeit zu beanspruchen habe. Bei einer kriminellen
die Geld für ihre Kinder heimschickte, forderte die
die sofortige Entlassung der ja erwerbsfähigen Kranl
Frau eines Kranken, dessen Entlassung anfänglich weg
zider Tendenzen nicht zu verantworten war, der sich da
ohne Angabe der Gründe hartnäckig weigerte, die Anstal
lassen, machte den ganzen Instanzenzug durch, schrieb
volle Briefe, um die Entlassung zu bewirken. Die Gem
die Verpflegungskosten vorschoß, machte rücksichtslos ih
forderung geltend. Von dem Grundbesitz wurde allmäl
steigert, die Frau mußte immer weitere Schulden mac
konnte es daher verstehen, wenn sie schrieb: „Ich kan
begreifen, daß der Mann arbeitet und sein Essen verdient,
ich mit den Kindern dasitze ohne einen Pfennig und
die Anstalt zahlen soll.“ „Der Mann schafft in der An
ein Knecht, und ich muß darben.“ Der Kranke selbst
Unterstützung der Familie ab. Von dem ihm zugesc
Lohn schickte er einmal Geld an eine Person seines Hei
der er etwas schuldig zu sein glaubte, was natürlich
aufs höchste empörte; ein andermal übergab er dem
geistlichen seine Ersparnisse als Stiftung für ein Jesuit
zuletzt ließ er sich von einem benachbarten Obstzüchter
lieren unterrichten und bezahlte denselben von seinem
verdienst.

Die Unterstützung, die die Anstalt durch die Loh
gewährte, war zwar eine sehr angebrachte und den An
willkommene, als wirkliche Hilfe kam sie jedoch weg
Geringfügigkeit nicht in Betracht, hier konnte nur die durc
hörde bewilligte Herabsetzung der Verpflegungskosten
eingreifen, für die jedoch auch die Bedürftigkeit der
Voraussetzung war.

Ich komme jetzt zu den Ledigen.

1. Alkoholisten, zehn an Zahl; es fanden sich

Google

alb-Arbeitsleistungen. Bei vier der Kranken bezahlte der rband, bei zweien der Vater, vier brauchten in absehbarer Vermögen durch die Verpflegungskosten auf. Bei drei nen bildete die Lohnersparnis eine wirkliche Unterstützung, tranken das Geld sofort. Ein Kranker verbrauchte sein hes Einkommen in kurzer Zeit mit allerlei Einkäufen, r bei der Entlassung nichts mehr hatte. Bei den nach lenen mißglückten Entlassungsversuchen dauernd in der erbleibenden Pfleglingen bedurfte die Verfügung über den t einer scharfen Kontrolle, da abgesehen von den Versich geistige Getränke zu verschaffen, ganz unverständige geäußert wurden. Ein wirkliches Bedürfnis, den Kranken ruppe noch in der Anstalt Geld zur Verwendung anzubestand nicht. Zwei von ihnen waren nach einer Arbeits- 1—2 Jahren geistig so zurückgegangen, daß sie nicht Arbeiter gerechnet werden konnten.

Imbezille und Idioten: unter den neun Kranken ch zwei Vollarbeiter, drei zu Einhalb-, vier zu Dreiviertelen. Bei sechs bezahlte bereits der Armenverband, bei kam der Vater für die Verpflegungskosten auf, einer ver- sein Vermögen. Angehörige, die durch die Erkrankung ilienglied es in Not gekommen waren, fanden sich nicht; inem Falle wäre der Kranke in der Lage gewesen, seine e Mutter zu unterstützen, er vertrank jedoch das verdiente zwei Entlassungsversuchen sofort. Zwei weitere Kranke sich das Geld für die Entlassung auf, verwendeten dasehher gut, der eine sogar gegen unsere Erwartung. Für wendung des Lohnes innerhalb der Anstalt bestand bei nerlei Bedürfnis, bei den übrigen konnte das Geld mit folge zu kleinen Aufmunterungen verwendet werden, sie rüber bestimmen zu lassen empfahl sich bei keinem.

Periodische und zirkuläre Psychosen: neun Kranke: -, fünf Dreiviertel-, ein Einhalb-Arbeiter. Bei einem be- er Armenverband, die übrigen waren Selbstzahler, ver- n aber allmählich im Verlaufe der Anfälle ihr Vermögen. atienten wurden ihrem Leiden entsprechend, sobald es

Digitized by Google

sechs Monate hinaus ging, nur ein Kranker arbeitete
Der Arbeitsverdienst wurde in all diesen Fällen für die
aufgespart, nutzte den Kranken dann auch wirklich.
kein baldiger Rückfall eintreten; ich konnte mehrmals
daß die Kranken die während ihrer Depressionsphase
außerhalb der Anstalt verlebten, gemachten Ersparnisse
Erregungstagen verschwendeten.

4. Primäre, meist in jungen Jahren entstandene
Schwächezustände: 17 Kranke. Sechs Vollarbeiter,
Dreiviertel, einer mit Einhalb zu qualifizieren. Die
schwankte bei zehn zwischen $^1/_2$ und 2 Jahren, sieben
solche von 3—12 Jahren.

Bei zwölf bezahlte der Armenverband, nachdem die
bei ihrem langen Anstaltsaufenthalt ihr Vermögen
hatten, bei drei Selbstzahlern war dies in absehbarer
vorauszusehen; bei weiteren zwei trug der Vater schwe
Verpflegungskosten. Sonst waren die Kranken im we
schon losgelöst von ihrer Familie. Von den fünf E
verwendete einer den aufgesparten Lohn sofort schlecht
übrigen vier war die Ersparnis gut angebracht. Für
wendung des Geldes während ihres Anstaltsaufenthalte
bei keinem der Kranken ein Bedürfnis; zwei derselben le
vornherein alles ab, beharrten auch nach Jahren bei il
schlusse. Bei der geistigen Schwäche, der mangelnden
der Indolenz genügten meist die gewöhnlichen Arbeiter
gungen vollständig, doch war auch bei ihnen hie und
außergewöhnliche Gabe von guter Einwirkung auf das
und die Arbeitslust.

Die 5. im weitesten Sinne als Paranoia-Gruppe b
umfaßt bei 25 Kranken sekundäre psychische Schwäch
verschiedenster Herkunft: halluzinatorische Verwirrtheit
Depressionszustände mit paranoischer Färbung, Alkoholp
chronischer Verfolgungs- und Größenwahn, usw. Viel
terisiert durch zeitweilige Stimmungsschwankungen mit
Hervortreten der Sinnestäuschungen. Bei einer Reihe s
allmählich ein Beharrungszustand ein, der geistige

Digitized by Google

n geworden, deren unangenehme Eigenheiten allmählich
liffen werden konnten. Ihre durch eigene Erfahrung er
e Vertrautheit mit der Anstaltsordnung befähigt sie zu
ng der übrigen Kranken. Es war interessant zu sehen
zelne dieser Kranken allmählich aus ihrer Stumpfheit er
n, sich immer mehr in ihre Arbeitspflichten einlebten, hin
n, schließlich scheinbar ganz unentbehrlich auf ihren
galten, in ihrem äußeren Verhalten und dem Verantwort
sgefühl für ihre Arbeit sich nicht wesentlich von einer
en mehr unterschieden. Sie haben sich meist damit ab
n, in der Anstalt zu bleiben, die für sie eine Heimat ge
ist, für die sie Interesse hegen, deren Interesse sie soga
ren suchen. In ihr Vorstellungsleben ist dadurch meh
r Inhalt gekommen.

r finden denn auch hier Kranke mit einer Arbeitszeit vo
n und mehr, einer davon arbeitete bis zu seinem Tod
e in der Schneiderwerkstätte. Von diesen zwölf Kranke
neun als Vollarbeiter zu rechnen, drei zu Dreiviertel-Arbeits
. Von den übrigen Kranken, die später entlassen wurde
och nicht so lange arbeiteten, waren drei Vollarbeiter
zu Dreiviertel, drei zu Einhalb qualifiziert.

ter den sieben Entlassenen wurden bei zweien je zwe
ungsversuche gemacht, die nicht glückten. Die Kranke
ken sofort das mitgegebene Geld, ein Kranker, der sich
e Jahre in der Anstalt gut gehalten hatte, täuschte die
gesetzten Erwartungen, er wurde nach wenigen Tage
Bettels verhaftet; ein anderer befand sich schon nach
Zeit in einer psychiatrischen Klinik. Ein entlassene
quittierte zwar für den Empfang seines Lohnes, lehnte
e Annahme rundweg ab. Nur bei zweien bildete das er
Geld eine gute erste Unterstützung. Bei einundzwanzig
n kamen die Armenverbände für die Verpflegungskoste
e übrigen vier verbrauchten in absehbarer Zeit ihr Ver
Der Zusammenhang mit der Familie war bei allen auf
n, wurde höchstens von den Kranken selbst durch zeit

Patienten gelitten hätten, fanden sich nicht vor.

Was die Lohnverwendung bei den dauernd in der Verbleibenden betrifft, so bestand bei sechs derselben dürfnis oder die Fähigkeit für eine Verwendung von Ge Kranker rührt seit drei Jahren aus freien Stücken nic seinem Lohn an: eine Entlassung des ganz ruhigen, Mannes, der nur einen kurzen deliranten Erregungszustan gemacht hatte, wäre nicht abzulehnen, dagegen bestehen Bedenken, ihm die für seine Verhältnisse große Sparsun zuhändigen. Ein Kranker verbraucht ebenfalls nichts, ob e seine Ersparnisse je zu seiner Entlassung verwenden k sehr zweifelhaft. Ein sehr tüchtiger Arbeiter mußte nac Jahre gegen seinen Wunsch von der Arbeit zurückbehalten da er Fluchtversuche machte und Drohungen besonders mi stiftung gegen seine Angehörigen aussprach. Ein Kran brauchte sein Geld regelmäßig schon am ersten Tage des En in den Wirtschaften der Stadt, so daß eine Einschränk Ausgaben notwendig wurde. Neun Kranke verwenden ihr als Taschengeld, das sie am ersten jeden Monats einzie benutzen dasselbe zur Beschaffung von Kleidungsstücken, zu Ausflügen usw. Irgendwelche Unzuträglichkeiten sind b nicht hervorgetreten. Hier erwähne ich noch zwei Kra sich in die bisherigen Gruppen nicht einfügen lassen Patienten mit hypochondrischer Melancholie, der jahrel Bureauarbeiten beschäftigt war; das ihm zufließende G wendete er in zweckmäßiger Weise für seine Privatbed dann ein an Erregungszuständen verbunden mit Alkoholm leidender seniler Schuhmacher, der später in ein Pfrün zurückkehrte, auch er konnte unter Kontrolle über seinen V verfügen.

6. Ich komme jetzt zur letzten Gruppe, einer sehr ger aber interessanten Gesellschaft: auf einen großen Teil d paßte der Ausdruck aus dem englischen Einwander Undesirables. Es handelt sich um Epileptiker, Epileptoide manen, Hysteriker, „pathologische Persönlichkeiten", b

e Idioten usw. So verschiedenartig jede dieser Erschei-
tiologisch und klinisch sich darstellte, eines hatten sie
einsam, nämlich die kriminelle Vergangenheit: ein Teil
n war aus der Untersuchungshaft zu uns gekommen;
n schon mehr oder weniger ausgedehnte Freiheitsstrafen
all hinter sich. Körperverletzung, Sittlichkeitsverbrechen,
nd leichte Diebstähle, Unterschlagung und Betrug, Zech-
Vagabondage, Bettel bildeten das Arbeitsfeld des ein-

eich die Kranken in der Freiheit die geborenen Müßiggänger
wiesen sie sich in der Anstalt in der Mehrzahl als durchaus
und fleißig. Von den achtzehn Pfleglingen waren elf als
er anzusehen, die übrigen näherten sich dieser Schätzung,
ur durch die etwas geringere Ausdauer zurück, mit $^1/_2$
stung befand sich keiner darunter. Durch ihre schnellere
gsgabe, Energie und Geschicklichkeit im Angreifen der
terschieden sie sich wesentlich von den anderen Kranken;
größeren Gewandtheit und Kraft konnten sie auch bei
eren Geschäften, wie z. B. Obstbrechen, Säckeabladen,
ieren von Einrichtungsgegenständen, verwendet werden;
immer bereit, auch Arbeit anzunehmen wie Mistfahren,
den, an die andere Kranke nur mit einer gewissen Ab-
gingen, und schafften dabei mit dem gleichen Eifer.
r Eigenheiten, die Neigung zu kommandieren, sich vor-
, kam häufig dem Fortgange der Arbeit zustatten.
ünstigen Seite standen natürlich die unangenehmen Bei-
genüber: Unbotmäßigkeit, Roheit, Neigung zu Querulieren,
die Sucht, überall Vorteile für sich herauszuziehen. Es
besonders wenn diese Elemente sich häuften, ständiger
amkeit, um schwere Konflikte zu vermeiden. Im ganzen
ich die Kranken jedoch wohl, nahmen an Gewicht er-
u, die nervösen Erscheinungen verschwanden vollständig.
scht gaben die Kranken meist noch schöne Versprechen,
schriftlich die besten Vorsätze nieder. Wenn dann der
Entlassung kam, wurden sie, gut gekleidet, mit ihrem
Lohn zur Bahn gebracht, wo ihnen auch noch die

Digitized by Google

Was war nun das Ergebnis? Ich finde in meinen
Lohn und Reisegeld am selben Tage vertrunken — am T
Entlassung verhaftet — am Tage der Entlassung Betrug u
prellerei — drei Tage nach Entlassung Anfrage der Staat
schaft — bei vier ergab die spätere Mitteilung der Gerich
daß sie sofort wieder in ihren früheren Lebenswandel zur
und ihre früheren Delikte wiederholt hatten. — Zwei kam
wieder in die Anstalt zurück, einer in eine psychiatrische
Es blieb sich dabei vollständig gleich, ob wir die Leute ei
oder fünf Jahre behalten hatten, auch die jahrelange
abstinenz hatte keinerlei bessernde Einwirkung. Bei e
waren Stellen ausgemacht worden; sie traten dieselben e
gar nicht an oder liefen bald wieder fort. Einige hie
Billet im Stich, stiegen schon an der nächsten Station aus,
sich dann um die Anstalt herum und versuchten ihre Lol
Personalkenntnisse auszunutzen. Wenn man die bei ihr
lassung frisch und kräftig aussehenden Leute dann in
Tagen zerlumpt, blaß, abgemagert, mit verwüstetem
ausdruck wieder sah, so konnte man sich nicht der Über
erwehren, daß jeder Pfennig, den man ihnen gab, ihr
Schaden gereichte.

Auch innerhalb der Anstalt empfahl es sich nicht,
scharfe Kontrolle über ihre Ausgaben bestimmen zu lass
auf ihren Wunsch angeschafften Kleidungsstücke verkauft
vertauschten sie wieder, sie wußten sich mit großer Raffi
anderen Kranken gehörige Gegenstände zu verschaffen, sie
Geschenke, die sie nachher wieder zurückforderten; vielfach
sie nur darauf aus, sich für die Flucht auszustatten. Irgen
besseren und verständigen Regungen fanden sich nicht, nur
schickte ein derartiger Kranker 10 Mark an seine sehr be
Mutter; es geschah dies aber in einer depressiven Phase
sprach er sein Bedauern über diese „Dummheit“ ungeni
Ein noch jugendlicher Epileptiker, der aus Anlaß me
Brandstiftungen in die Anstalt kam, wurde nach jahrelan
handlung, geistig und körperlich erfreulich entwickelt,
Anfällen entlassen. Als er abgeholt wurde, konnte man

Digitized by Google

konnte, da eine Verwendung im Interesse des Sohnes kaum
rten war.

hier mitgeteilten ungünstigen Erfahrungen über einen
eil dieser Anstaltsinsassen sind ja bekannt; eine präzise,
gehörende Schilderung von *Colin*[1]) darf ich wörtlich an-
„. . . une fois internés il n'est pas de malades plus
s. Si le regime leur déplait, ils reclament leur liberté
t, en général, trop heureux de la leur accorder. Cette
liberté s'accompagne souvent de secours en argent, de
e de vêtements et de chaussures, d'un bon de séjour
refuge, parfois d'une avance d'outils en vue d'un travail
et jamais réalisé. Toutes choses, qui permettent, soit
utilisation immédiate, soit par leur transformation en
de passer en dehors quelques jours agréables, en attendant
aine entrée.
ont des individus, aliénés malfaisants, vicieux, exploiteurs
s, que par euphémisme — et en tenant compte de leur
e maladif — nous désignons sous le nom: d'aliénés difficiles."
Vollständigkeit wegen muß ich noch verschiedenes erwäh-
sich in dem statistischen Teil nicht unterbringen ließ: so
ßen mehrere hier verstorbene Kranke ersparten Arbeits-
; in einem Falle über 100 Mark, der den Angehörigen
en wurde. — Eine Reihe von Kranken konnten nicht zu
ndigen Arbeit gelassen werden, obgleich bei denselben
Wille vorhanden war, es handelte sich um solche, bei
ine etwaige Entweichung, eine Gewalttätigkeit schwere
nach sich ziehen konnte. Diese Kranken empfanden, be-
wenn sie vorher gearbeitet hatten, ihre Zurückhaltung
r als Strafe, sondern sie rechneten auch den nach ihrer
ungerechten Verlust an Lohn. Einzelne Patienten zeigten
Schwachsinn großes Mißtrauen, ob sie auch genügende
ng bekommen, ob ihre Arbeit richtig berechnet würde.
en kam dies jedoch weniger vor, als man im allgemeinen
sollte. Maniaci waren entrüstet, wenn der überschätzte
ihrer Kasse durch ihre Ausgaben so bald erschöpft wurde,

Digitized by Google

und machten die unangenehmsten Vorwürfe. Einer
legte jedesmal bei Beginn der Erregung die Arbeit weg
nügender Lohnzahlung nieder, suchte auch andere zu
zu bewegen. Ein Melancholiker, der gern seine Fami
stützt hätte, wurde mit Rücksicht auf seinen Kräftezus
der Arbeit abgehalten. Versuche, sich von dem Arbeitslo
genüsse zu verschaffen, kamen vor. Eine bedenkliche
individuellen Arbeitsbelohnung, die nicht außer acht gelass
darf, ist auch die Gefahr, daß Bedürfnisse großgezoge
Ansprüche sich einstellen, denen eine Erhöhung der
leistungen nicht mehr entspricht. Auch wird bei der gew
Bevölkerung die ja auch für andere Krankenhäuser oft
Annahme unterstützt, daß die Anstalten durch die Ar
Insassen „Geld verdienen".

Bei der Arbeiterverdienstkasse ist ein Schwanken
zwei Bestrebungen unverkennbar: sollen es reine Unter
oder reine Belohnungs- und Vergnügungskassen sein?
Ansicht nach weder das eine noch das andere, da b
Verwendungsarten die Gefahr des Entfernens von der ei
Grundlage der ganzen Einrichtung, nämlich der Geg
für die Arbeit, nicht zu vermeiden ist. Wir sehen dies
aus den Vorschlägen von *Berze*, der alle bedürftigen Kra
der Verdienstkasse unterstützt wissen will. Wir wer
kaum die nichtarbeitenden Kranken von den Anstaltsvergü
die für diese eine erhöhte, besonders therapeutische
haben, ausschließen wollen. Wenn wir auf Einführun
Kassen eingehen, müssen wir dieselben in ein engeres
zu den arbeitenden Kranken bringen. Dabei haben wir
zu werden, ob wir eine Mitbestimmung der Kranken ü
Verdienst zulassen wollen oder nicht. In letzterem Fall
Einzelentlohnung ganz wegfiele, weichen wir ja einer
Unzuträglichkeiten aus, die Verrechnung wird eine viel e
Die Regierung würde einen Kredit zur Verfügung stellen,
bemessen ist im Verhältnis zur Arbeiterzahl und zum W
ertrag. Die Festsetzung der Ausgaben untersteht dem
Aus diesem durch die Gesamtheit der arbeitenden Kra

Digitized by Google

und in erster Reihe die Unterstützung der Familien, stützung bei der Entlassung, 3. Erfüllung berechtigter Aufmunterungen usw., 4. regelmäßige Zuwendung bei hervorragenden Arbeitsleistungen. Die große Masse der bei denen eine Geldausgabe zwecklos ist, da sie bei stigen Schwäche nicht über dieselbe verfügen können elbe nur im Sinne ihrer antisozialen Triebe ausnützen, durch ausgeschaltet.

en einzelnen Verwendungsarten ist nach den angeführten gen folgendes zu bemerken: die Art, wie die verheirateten über die Geldgabe verfügten, war im allgemeinen eine zweckentsprechende. Wie wir aber schon erwähnten, elbe immer zu geringfügig bleiben, als daß sie der Familie lichen Arbeitsverdienst ersetzen könnte. Nur zusammen Tätigkeit eines Hilfsvereins ließe sich hier ein Nutzen Bei den ledigen Kranken tritt die Unterstützung der gen fast ganz zurück, es handelt sich mehr darum, ihnen Unterstützung zur Reise usw. zu geben. Selbst wenn den kriminell belasteten Kranken absehen, ergibt sich, richtige Verwendung des Geldes nur dann gesichert ist, selbe durch Vertrauenspersonen, etwa an der Arbeitsstelle ken, verteilt wird. Es kommt sonst zu einer nutzlosen, den bringenden Vergeudung der Mittel. Auch hier wäre keit der Hilfsvereine Voraussetzung, um besonders etwas eträge erst nach Prüfung der Verhältnisse zur Auszahlung n. Es kämen dabei die Einrichtungen der Gefangenen- gkeit vorbildlich in Betracht. Bei Punkt 3 und 4 handelt hauptsächlich um die nicht geringe Zahl von Kranken, unbestimmte Zeit in der Anstalt bleiben müssen. Bei gt sich die Anerkennung ihrer Arbeitsleistungen durch Zuwendungen als eine förderliche Maßregel.

Nachteile, die durch eine bewußte Mitbestimmung der über ihre Verdienstanteile sich ergeben, sind sicher groß hen sich viel mehr geltend als die unbestimmteren und tage tretenden günstigen Seiten der Arbeitsentlohnung. die Anstalten, die letztere ablehnen, doch auf das darin

Digitized by Google

daß von ihnen betont wird: die Kranken müssen wissen
Verdienstfonds durch ihre Arbeit zusammengehalten wird
Ersparnisse desselben ihnen und ihren Mitkranken zugute
Ich glaube jedoch, man überschätzt den größten Te
Kranken, wenn man annimmt, daß derartige ideale Vort
nachhaltigen Eindruck auf dieselben machen. Der Kr
möglichst bald den Erfolg seiner Arbeit sehen und v
Bei der Arbeitsentlohnung können wir nun dieses materiel
benützen, um die Kranken weiter zu fördern Die Vorte
Systems: die aneifernde Wirkung auf die Arbeitsleistu
Erhöhung des Selbstvertrauens, der Zufriedenheit, die E
des Sparsinns, dürfen nicht unterschätzt werden. Wir h
viel stärkere Einwirkung, wenn der Kranke weiß, daß
füllung seines Wunsches erst verdienen muß. Wenn d
rechnen hat, bis er sich die gewünschte Pfeife oder den So
kaufen kann, so wirkt dies erzieherischer auf ihn, als
derselbe nach Ablauf einer bestimmten Arbeitszeit gesch
Es fällt dabei auch der Anschein des Almosens weg,
der besonders bei den verheirateten Kranken zu berücksic

Jede Arbeit muß einen erkennbaren Zweck und ein
Ziel haben. Je stumpfer und unklarer der Arbeiter
näher müssen wir ihm den Erfolg seiner Arbeit vor Auge
Verwirrte und verblödete Patienten führt man am beste
bewegungen, Terrainauffüllungen usw. in die geregelte
ein, weil sie da Schritt für Schritt den Effekt ihres
sehen können.[1]) Für geistig höherstehende brauchen
kompliziertere Mittel: die Arbeitsbelohnung, die ja doch ni
ist, muß auch individuell gesteigert, nach den Verhältnis
fiziert werden können. Die Mängel, die dem System d
entlohnung anhaften, dürften sich wohl durch eine rich
nisation sehr abschwächen lassen. Die unnötige Anhä
Lohn bei bedürfnislosen und dementen Kranken, die
Verwendung bei Erregten und Willensschwachen sind

---

[1]) In der Nervenheilstätte „Haus Schönow“ werden die Frü
ähnliche Kulturen auf Erdwällen in Brusthöhe angebracht, um du

werden können. Wir müssen daran festhalten, daß dem nur eine ärztlich beschränkte Verfügung — und nur in Sinne spreche ich von Arbeitsentlohnung — über ach Maßgabe seiner Leistungen zugewiesenen Verdienst- steht, daß er kein Eigentumsrecht hat; damit fallen dann unnötigen rechtlichen Fragen weg. Die praktischen Re- ie sich durch die Verdienstkassen bei der Unterstützung ken außerhalb der Anstalt erreichen lassen, scheinen mir r groß zu sein. Die Hilfe erfordert hier Maßnahmen, mehr in das Gebiet der eigentlichen Anstaltstätigkeit

der Einführung der geregelten Geldentlohnung für ar- Kranke erzielen wir bei richtiger Handhabung sicher chzeitig eine Steigerung der wirtschaftlichen Erträgnisse. ein gutes wirtschaftliches Resultat sehr gut mit der g des leiblichen und geistigen Wohles der Kranken ver- äßt, dafür haben wir das Zeugnis aus berufenstem Immerhin müssen wir uns fragen, ob wir mit diesem nicht auf eine Bahn kommen, deren Betreten mit unserer g der Irrenanstalt als eines Krankenhauses, das nur dem en Nutzen zu dienen hat, unvereinbar ist. Ich glaube, Gefahr des einseitigen Hervortretens der Gewinnerzielung überwinden ist. Wenn wir einerseits daran festhalten, rhalb der Anstalt alles mit eigenen Kräften ausgeführt wir berechtigt sind, dem Kranken jede Arbeit, zu der seinem geistigen und körperlichen Zustand befähigt ist, gen, sogar das Bauen von Häusern, so ist ihm andererseits eit, die nicht dem direkten Bedürfnis der Anstalt dient, eine solche für den Verkauf, streng fernzuhalten. Der für die Zweckmäßigkeit und den Nutzen der in den geleisteten Arbeit wird doch immer die erzielte Renta- iben.

Steigerung der Anstaltsbedürftigkeit, die Vermehrung der hat ihren Höhepunkt noch nicht erreicht. Damit geht Hand, daß die Ausführung der Entlassungen eine immer

Digitized by Google

komplizierter wird. Die Behörden in ihrer Eigenschaft al
und vormundschaftliche Organe sprechen viel mehr mit, al
die Regelung der Entlassungen durch besondere Vero
wirkt hemmend und verzögernd. Mit der Abnahme des lä
Grundbesitzes, der Zunahme der fluktuierenden städtis
völkerung verringert sich die Möglichkeit, selbst teilwe
arbeitsfähige Kranke unterzubringen. Ein großer Teil d
hörigen hat keine Lust und ist auch infolge der Wohn
hältnisse nicht in der Lage, einen Kranken bei sich zu
Mit großer Schnelligkeit entledigen sich die Leute eine
bei der geringsten Unbequemlichkeit im nächsten Krank
Bei der geringen Differenz zwischen den Unterhaltungsk
und außerhalb der Anstalt fällt die Wahl nicht schwe
die sonst für die Kranken zu verwendende Zeit dann
eigenen Verdienst frei wird. Es sammelt sich mit der
erschreckend große Zahl von Kranken an, die ganz losge
von allen Familienbeziehungen; man wird sich dieses un
Umstandes besonders bewußt, wenn man die Entlass
Kranken einleiten will. Von den hier erwähnten 122
wäre bei ca. 90 der Versuch der Unterbringung bei An
völlig aussichtslos. Mit der Einführung der familiären Ver
form, bei der als Ersatz der fehlenden oder ungeeignete
eine fremde geeignete gesucht wird, ist wohl nur unter gün
dingungen eine Entlastung der Anstalten herbeizuführen, w
kommt dieselbe bei ihrer langsamen Entwicklung
hierfür nicht in Betracht. Man braucht keinem besonde
mismus zu huldigen, wenn man ausspricht, daß die ei
therapeutischen Erfolge bei unseren von Geburt an verk
oder in den Jugendjahren erkrankten Patienten geringe
ein großer Teil unserer Entlassungen nur einen Versuch
der mit jedesmaliger Wiederholung immer mehr an Aussich
Bei einer nicht geringen Zahl von Kranken, die inne
Anstalt noch etwas leisten, wird man sich fragen, ob
höheres Interesse die Zurückhaltung des Kranken erford
das Resultat des Entlassungsversuches doch vorauszu
und dieser allen Beteiligten nur Lasten, Mühe und Ver
bringt.

praktische Psychiatrie wird daher eher damit rechnen
daß wir die Kranken länger behalten werden, ja daß die
dauernd zu Verpflegenden und damit besonders auch
n, die für die Arbeitsentlohnung in Betracht kommen,
ird. Es dürfte, ganz abgesehen von den wissenschaft-
rderungen, schwere Bedenken erwecken, wenn man sich
trennung bestimmter Grenzzustände oder durch Über-
einzelner Krankenkategorien an besondere Pflegeanstalten
llte. Wir dürfen nicht außer acht lassen, daß bereits
erhebliche Zahl von Geisteskranken in nicht psychiatrisch
Anstalten[1]) mit gutem finanziellem Erfolg verpflegt
daß das koloniale System von nichtärztlicher Seite zur
gung der mit all unseren Krankheitsformen in so naher
stehenden Vaganten eingeführt wurde. Die Aufgabe,
n an die Irrenfürsorge herantretenden Ansprüchen in
glichst auch die finanziellen Interessen des Staates be-
genden Weise fertig zu werden, müssen wir immer im
alten. Der Gesichtspunkt, wie weit die Irrenanstalten
nen, die ihnen anvertrauten Pfleglinge zur Arbeit heran-
den Rest ihrer Arbeitskraft, den sie für sich selbst nicht
wenden können, zum Nutzen der Allgemeinheit zu ver-
twa noch schlummernde Arbeitsfähigkeit zu wecken und
en, wird daher in Zukunft wohl noch stärker hervortreten.
der Mittel zur Erreichung dieses Zieles möchte ich die
ge Einführung der Arbeitsentlohnung befürworten. Wie
heiten dabei zu regeln sind, das unterliegt der persönlichen
. Die Ausdehnung der Einrichtung wird sich nach den
ssen der einzelnen Anstalt zu richten haben. Einen
ür die Höhe der dafür zu verwendenden Ausgaben wird
r Wirtschaftsertrag bilden müssen. Über die sonstigen
keiten und etwaige Übertreibungen kommen wir hinweg,
darüber klar sind, daß die Arbeitsentlohnung nur ein
r Faktor sein kann, durch den wir unsere Erziehungs-
n Besten unserer Kranken ausüben können.

---

n ein Beispiel zu geben, erwähne ich die Bad. Kreispflegeanstalten,
3 unter 3380 Pfleglingen 1358 Geisteskranke verpflegten, also 40%.

Klinische Betrachtungen bei Entweichu Geisteskranker.

Von

Oberarzt Dr. **Albrecht**, Treptow a. d. Rega.

Über Entweichungen von Geisteskranken und die a sich ergebenden praktischen und rechtlichen Folgen ist, a von den Mitteilungen in den Jahresberichten der Anstalte fach geschrieben und diskutiert, so von *Siemens*,[1]) *Aschaff Deiters*,[3]) *Backenköhler*.[4]) Weniger beachtet ist bisher di symptomatologische Bedeutung der Entweichungen Geistes nur *Schlager*[5]) gibt in dieser Hinsicht einige allgemeine punkte. Da seit dem Erscheinen der Arbeit *Schlager* Zeit vergangen ist, und einige Veränderungen in der Be der Kranken eingetreten sind, so lohnt es sich vielleicht d einmal diese Seite des Gegenstandes in den Kreis der tungen zu ziehen und zu untersuchen, aus welchen Mot aus erfolgen Entweichungen, wie werden sie in Szene ge was lehren sie uns bezüglich Art und Behandlung der P

Meiner Arbeit liegen 150 Fälle von Entweichung Entweichungsversuchen von Geisteskranken aus der hie stalt zugrunde. Im allgemeinen kann man zwei große G von Entweichungen unterscheiden, solche, die sich

---

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1881, Bd. 38.

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1899, Bd. 56.

[3]) Bericht über Fortschr. des Irrenwesens. Psych. neurol. W 1902 u. 1903.

[4]) Festschrift zu Ehren des 25jähr. Jubiläums von Ludwig M

Digitized by Google

ses Davonlaufen, und solche, die sich als ein über
Entweichen kennzeichnen. Eine Untergruppe der letzteren
die mehr oder minder glücklichen Fluchtversuche der ver-
schen Geisteskranken.

e erste Gruppe des planlosen Davonlaufens ist die
und umfaßt 36 Fälle. In ihr sind hauptsächlich ver-
angeborene oder erworbene geistige Schwächezustände
Grades, wie sie die Imbezillität, die Hebephrenie, Kata-
d die progressive Paralyse liefern. Gemeinsam ist allen
Fluchtversuchen der Mangel einer Motivierung und eines
Zieles, welches durch die Flucht erstrebt wird. Beides ent-
meist der vorgeschrittenen geistigen Schwäche, welche in
rzahl der Fälle auch klinisch ohne Schwierigkeit festzu-
ist; gelegentlich jedoch können derartige Fluchtversuche
isch dadurch eine gewisse Bedeutung gewinnen, daß das
Benehmen solcher Kranker außerhalb der geschützten
nisse der Anstalt den Grad des Schwachsinns gegenüber
hen Fragen so recht vor Augen führt. Zuweilen löst auch
ngeren Graden der Demenz ein Affektzustand, vor allem
er, ein planloses Davonrennen aus. Eine abfällige Be-
; über den starken Appetit einer mäßig schwachsinnigen
oder eine vermeintliche Zurücksetzung beim Essen ge-
m sie derartig zu reizen, daß sie wiederholt von der Arbeit
Küche davonstürmte und sich stundenlang versteckt hielt;
der Ärger über „die undankbare Anstalt, welche die
nicht genügend würdige", verflogen war, kehrte sie jedes-
selbst wieder zurück. Eine ähnliche Reizbarkeit findet
schwachsinnigen Epileptikern, deren Fluchtversuche be-
ihres kausalen Momentes oft recht schwierig zu beurteilen
in solcher Kranker stürmte plötzlich aus dem Garten der
teilung über die Umfriedigung desselben davon; zurück-
, gab er als Grund an, er brauche es sich nicht gefallen
n, daß ihn ein Pfleger des Diebstahls bezichtige; der
stellte eine ähnliche Äußerung gänzlich in Abrede. Bei
ngel einer Bewußtseinsstörung und eines Zusammenhangs
m Krampfanfall ist es schwer zu entscheiden, inwieweit

Digitized by Google

Wirklichkeit vorlag, ob etwa die nachträgliche Motivier
einer Erinnerungsfälschung beruhte, oder ob es sich um da
artige Fortlaufen eines Epileptikers ohne erhebliche Bewu
änderung handelte, wie es in einem anderen Falle hier g
ich eines Ganges zur Kirche in ausgesprochener Weise bec
wurde. — Ein relativ großes Kontingent (16) zu der
lieser Entweichungen liefern die katatonischen Kranke
Planlosigkeit ihrer Fluchtversuche ist nicht so sehr in der g
Schwäche als in ihrer Impulsivität und z. T. ihrem Neg
nus begründet. So setzte ein solcher Kranker in ein
beobachteten Augenblick über einen hohen Gartenzaun un
nach halbstündigem Suchen in einem dichten, kaum 20
Garten entfernten Brombeergebüsch in starrer Haltung
aufgefunden, freundlich lächelnd ging er bereitwillig wie
zur Abteilung. Mit dem Überspringen des Zaunes und d
reichen des Gebüsches war offenbar die innere, zur Er
drängende Spannung erloschen und machte ebenso plötzlic
gewissen Hemmung Platz. Derartige impulsive Handlun
oder ohne nachfolgende Hemmung sind ja auch so
katatonisch Kranken genügend bekannt. Ein ander
artiger, nicht epileptischer Kranker rannte plötzlich vom
schuppen fort, wo er bereits lange Zeit frei beschäfti
und wurde nach einer Stunde schlafend im Graben vo
benachbarten Dorfe gefunden. Leider gehen diese trieb
impulsiven Entweichungen nicht immer so gut aus, wie f
Fall zeigt.

Ein seit Wochen auf dem Wirtschaftshofe frei beschäftigter, ve
Kranker mit angedeuteten katatonischen Erscheinungen lief bei
Wetter plötzlich davon; im Schnee war seine Spur etwa eine halb
weit bis in die Nähe eines Katens zu verfolgen; dort fand man
Bekleidungsstücke des Kranken. Eine weitere Spur war auf den z. T
freien Wiesen nicht zu finden. Nach einigen Tagen wurde seine völl
Leiche, auf dem Gesicht liegend, ohne Zeichen äußerer Verletzungen
viertel Meile von dieser Stelle entfernt im Walde aufgefunden (Er
tod). Nachträglich wurde bekannt, daß der Kranke auch früher, als er n
unter Aufsicht gehalten wurde, sich gelegentlich ohne irgendwelch
Veranlassung auszukleiden begonnen hatte. Sinnestäuschungen hatte
bestanden, doch war der Kranke infolge seiner Demenz gegen sie abg

sowohl die Flucht wie das Entkleiden als eine impulsive, katatonische
; aufzufassen.

anderen, zur Katatonie gehörigen Kranken entspringt das
Entweichen ihrem Negativismus, wozu sich dann
ve Handlungen gesellen können. Wie solche Kranke zu-
nicht essen, nicht sprechen, nicht die Kleider auf ihrem
lden, sich nicht an die frische Luft bringen lassen, so
sie gelegentlich durch jede offene Tür, die nicht für sie
t ist. Auf diese Weise gelangte einmal ein junges Mäd-
it ausgesprochen negativistischen Erscheinungen in das
eines Diätars im Verwaltungsgebäude, wo sie sich ruhig
; ein anderes Mal drang sie in das im I. Stockwerk ihres
s gelegene Zimmer der Oberin, welches sie schnell hinter
rschloß, und sprang in einem plötzlichen Impuls aus dem
en Fenster herab. Später gab sie an, sie habe die Ge-
sich nicht beschädigen zu können, da ein Engel sie führe
cht ein Engel, aber ein Arzt, welcher im Vorübergehen
rbereitungen am Fenster bemerkt hatte, fing sie auf, so
ohne Schaden davon kam.

rch besondere Unüberlegtheit zeichnen sich die weniger
bachteten Fluchtversuche dementer Paralytiker aus. Zwei-
ang es stark verblödeten, nicht unter Wache schlafenden
sch Kranken, nachts im Hemde durch das zum Lüften
e obere Kippfenster des Saales zu entweichen, wobei es
barer Weise trotz ihrer körperlichen Unbeholfenheit ohne
Verletzungen abging. Der eine wurde sofort zurückge-
r andere nach einigen Stunden blaugefroren — es war
sche Frühjahrsnacht — im Garten einer anderen Kranken-
g aufgefunden. Ein Grund für die Entweichung war bei
nicht zu erfahren.

sammenfassend läßt sich über diese erste Gruppe sagen
Entweichungen derselben in ihrer gänzlichen oder unzu-
len Motivierung und dem Mangel eines klaren Zieles deut-
n Stempel des vorgeschrittenen Schwachsinns resp. der
ischen Krankheitszüge tragen. Hieraus ist es ohne weiteres
dlich, daß niemals ein Nachschlüssel oder anderes Werk-

Digitized by Google

am von mehreren Kranken vorgegangen wird. Die
Fluchtversuche erfolgen bei der Arbeit, selten wird ein
stehendes Fenster oder Tür benutzt oder ein Zaun als H
genommen. Meist sind diese Entweichungen in ihren
harmloser Art. Eine Gefahr droht diesen verblödeten
höchstens durch Kälte, Hunger und Umherirren; nur kata
Kranke können durch ihr triebartiges, impulsives Hand
selbst oder andere gelegentlich in Gefahr bringen.

Die zweite Gruppe der überlegten Entweich
ist nach Ausscheidung der verbrecherischen Geisteskranken
besonders zu betrachten sind, die erheblich größere und
mehr als die Hälfte aller Fälle (80). Den Übergang
vorigen Gruppe bilden solche Kranke, welche zwar mi
gewissen Umsicht und Überlegung entweichen
doch keine leitenden Grundgedanken für die Flu
kennen lassen. Gar nicht selten spielt hier der Nachahmu
und die erhöhte Beeinflußbarkeit eine Rolle, so daß manche
entweichen, „weil es kurz zuvor einem andern auch geglü
Die Imbezillen und Hebephrenen stehen in dieser Gruppe
mäßig an der Spitze. Die meisten derartigen Entweichun
schehen bei Gelegenheit, namentlich wiederum bei der A
Freien. Solche Kranke treiben sich dann zwecklos in der
etwa bei Bekannten und Verwandten, umher, mehrere
sich nach einigen Tagen selbst wieder ein, anderen ge
nach Irrfahrten die Eltern oder die Heimat zu erreich
mehreren, welche sich ihr lebelang viel auf der Walze
hatten, spielte wahrscheinlich die dunkle Sehnsucht nach
ungebundenen Leben als entscheidendes Moment für die Flu
Daß Ärger und Haß gegen die Anstalt gelegentlich bei de
Entweichungen zum Ausdruck kommen, ist leicht vers
So wurde ein mäßig Imbeziller mit Alkoholintoleranz und
toiden Zuständen, welcher aus der Werkstätte entlaufen
in einer Nachbarstadt sich auffällig gemacht hatte (Alkohol
erst angehalten, nachdem er in voller Absicht, der Ansta
lichst zu schaden, in einer Konditorei für etwa 30 Mark
zerschlagen hatte. Wiederholt wurde später in Nachahmun

Digitized by Google

aber zunächst ziellosen Entweichungen in der manischen
g. Solche Kranke zeigen, wie bekannt, auch außerhalb
talt häufig eine gewisse Neigung zum Wandern und Umher-
en. Mehrmals entwichen solche Kranke und machten sich
annten und in Geschäften der Stadt lästig. Einmal gingen
anische Frauen im Einverständnis mit einer dritten durch
an Dementia paranoides erkrankt und sehr von körper-
Sensationen unangenehmster Art gequält war; letztere
durch den Wechsel des Ortes ihren Qualen entgehen zu
alle drei wurden aber sehr bald wegen ihres auffälligen
ens angehalten.

Gegensatz zu dieser Untergruppe ist bei allen anderen
stimmter Grund für das Entweichen maßgebend
uch ein klares Ziel von vornherein nicht immer be-
nag.

verständlichsten und normalen Motiven nahestehend
ntweichungen infolge schlechten Gewissens, aus
cht nach der Heimat und aus Freiheitsbedürfnis
sind nicht häufig. Es gehört hierher ein hebephrener
welcher als Alleinarbeiter auf dem Gemüseland mit einer
Kranken Beziehungen angeknüpft und, als sie ihn einmal
laufen lassen, ihr mit einer Gartenschere in den Hals
n hatte; er trieb sich nach der Tat zwei Tage und Nächte
d umher und stellte sich dann von selbst wieder ein.
treibt die Sehnsucht nach der Heimat und der Familie
cht (siebenmal). Bemerkenswert ist hierbei, daß auch
ige Gewöhnung an andere Verhältnisse wie die der
solche Fluchtversuche aus Heimweh auslösen kann. Ein
entfloh von hier in der ausgesprochenen Absicht, sich in
talt Lauenburg aufnehmen zu lassen; ein anderer, stark
ter, sucht noch jetzt jede Gelegenheit „nach dem 13.
rg“ zu entwischen; beiden war offenbar während eines
hnjährigen Aufenthaltes die Anstalt Lauenburg eine zweite
geworden. Nicht scharf zu trennen sind hiervon die-
Kranken, welche hauptsächlich aus Freiheitsbedürfnis die
der Anstalt von sich zu streifen bemüht sind. Ein Teil

geht vorher in Beschleunigung des Verfahrens durch.
Rest (22 Fälle) ist vor allem das lebhafte Freiheitsbedürfni
Einsichtslosigkeit für den eigenen Zustand der ausschlag
Grund für die Entweichung, und hier begegnen wir als
Mal unter allen nicht verbrecherischen Kranken der An
des Nachschlüssels seitens zweier, im Komplott handeln
nischer, von denen einer besonders geschickt in kleinen
gungen war. Im übrigen sind in dieser Untergruppe
schiedensten Krankheitsformen vertreten, neben Alkoholik
bezille, manisch-depressive und paralytische Kranke in der Re
nicht zu vergessen der durch ihre mangelnde Krankheits
ausgezeichneten paraoniden Formen der Geistesstörungen. B
letzten ist es zuweilen sehr schwer, über den wahren Gr
Entweichens ins klare zu kommen; von ihnen selbst wird
das Freiheitsbedürfnis angeführt, objektiv machte es wi
den Eindruck, daß krankhafte innere Vorgänge in Fo
dissimulierten Verstimmungen oder Sinnestäuschungen ei
spielen.

Es leiten diese Fälle hinüber zu der noch übrigen
Gruppe (50 Fälle), in welcher die Entweichungen aus
aus krankhaften Beweggründen heraus erfolgen. De
kommt bei den verschiedensten Psychosen vor. Bei Tr
ist es nicht selten das unbezwingliche Bedürfni
Alkohol, welches nicht nur im Beginn der Abstinenz,
auch noch nach Wochen oder Monaten des Anstaltsaufenth
Kranken zum Fortlaufen bestimmt. Die günstige Gel
dazu liefern wiederum die Arbeiten im Freien und die
gänge, vor allem aber bei uns die Nähe des Waldes. Auch ein g
licher, an und für sich geringfügiger Alkoholgenuß k
schlummernde Sucht wieder erwecken. Ein derartiger s
sinniger, über Jahr und Tag abstinent gehaltener Alkoholi
in Begleitung eines anderen Kranken zur Stadt; nach
eines Schnapses schwatzte er seinem Begleiter die Uhr
trank sie und mußte am nächsten Tag aus der Kneipe
geholt werden. Weiter treiben gelegentlich akute Be
gungen die Trinker fort. So ließ ein mit Arbeiten in

r Kranker plötzlich seine Karre stehen und rannte
eichs in den Wald hinein; am nächsten Tag wurde er in
wa 30 km entfernten Stadt angehalten, er hatte seine
zum Teil versetzt, um sich Schnaps verschaffen zu können,
an, ihm sei plötzlich Angst aufgestiegen, da sei er fort-
. Solche Beängstigungen veranlassen nicht selten die
nicht genügend motivierten Selbstmorde von Trinkern.

nliche akute Angst- und Oppressionszustände finden
Ausdruck seniler Involution, namentlich seitens des
stems (Arteriosklerose) bei Geistesgesunden wie bei chro-
Geisteskranken und geben auch hier nicht selten Veran-
zu Fluchtversuchen oder suizidalen Maßnahmen. Eine
he Kranke hierselbst lief fort, „weil ihr nach dem Essen —
selbst auf die Unbekömmlichkeit von Graupen bezogen —
hl der Angst und des Luftmangels aufgestiegen sei". Daß
ein voller Magen oder eine Magendarmstörung bei nicht
Gefäßsystem Beängstigungen und Unregelmäßigkeiten der
gkeit auslösen kann, ist ja genügend bekannt. Häufiger als
eängstigungen führt ein chronisch ängstlicher Zu-
wie er der Melancholie eigen ist, zu Fluchtversuchen.
s spielte hier das Bedürfnis nach Aussprache, nach Vor-
von Klagen, welche die Kranken von den Ärzten nicht
d gewürdigt glaubten, eine Rolle, und es kommt zu durch-
vollen Entweichungen mittels Entwendung der Schlüssel
gleichen. Der bestehende Angstaffekt kann jedoch auch
nnene Überlegung so trüben, daß es zu ganz planlosem
gen in mangelhafter Bekleidung kommt. Auch in der
leszenz der Melancholie kann der Angstzustand plötzlich
orhergesehen exazerbieren und zu Entweichungen Anlaß
Solche Fälle gehen nicht immer glücklich aus.

an abklingender Melancholie leidender, wenig aktiv erscheinender
tritt bei der Arbeit in den Wald aus, angeblich um seine Notdurft
hten; er bleibt verschwunden und wird am nächsten Morgen in
tfernten Gehölz erhängt aufgefunden. Daß hier ein Selbstmord von
n beabsichtigt war, erschien nach dem früheren Verhalten des
welcher zudem bereits seit Wochen beschäftigt war und ein an-
s Körpergewicht zeigte, zweifelhaft; wahrscheinlicher war die An-

Gefühl der Verlassenheit die ängstliche Ratlosigkeit gesteigert und
schweren Entschluß herbeigeführt hatte.

Wahnvorstellungen allein geben nur selten
Entweichungen. So kam es hier vor, daß ein deme
Hirnlues leidender Kranker fortging, um „sich seine Vill
Stadt zu besehen“. Ein anderer, eine paranoide Form de
störung darbietender Kranker entfloh zweimal vom F
seine Frau, welcher er in puncto der ehelichen Treue nic
in einer entfernten Stadt zu überraschen. Mehrmals
Entweichen aus denselben Gründen bei einem Alkoholi
achtet. In den meisten Fällen (15mal) treten jedoch
Wahnvorstellungen noch Halluzinationen oder
zwangsmäßig sich aufdrängende Gedanken als
gewichtigeres Moment für die Entweichung hinzu. Hie
vor allen Dingen die an Dementia praecox und speziel
paranoiden Formen Leidenden die höchsten Zahlen. Ei
Kranker entfloh aus der Werkstätte, weil er „soviel mit
zu tun“ hatte und ihm die Augen „wasserlich und k
gemacht wurden, so daß er nicht arbeiten konnte. Ein
geht davon, weil er durch seinen „Gedankenapparat“ de
erhält, einer Personalverwechslung nachzuforschen; er
sich im Hause seines Vaters mit einem Revolver, „der
brecher schießt“, und wandert nach einer Nachbarstadt,
Rathaus er den polizeilichen Auftrag für sich niedergele
Inwieweit diese nachträglich gemachten Angaben wir
Flucht veranlaßten, steht dahin; der Kranke bietet jet
sprochen katatonische Erscheinungen, so daß sehr w
damals ein impulsives Handeln mitgespielt haben kann.
Dritten wird durch „Gedanken“ nahegelegt, eine vers
offen gelassene Tür der Werkstatt sei gerade um sei
unverschlossen geblieben, um ihm die Flucht zu ermöglic
er kann gegen diesen sich aufzwingenden Gedanken
Erfolg ankämpfen. Vielfach werden derartige Krank
quälende, körperliche Mißempfindungen fortgetrieben, n
bei weiblichen Kranken spielen solche „Belästigungen“
sexueller Art, eine erhebliche Rolle. Gar nicht selten wi

in der Anstalt nichts nütze und seien jetzt frei. Solche
lich durch Halluzinationen oder Wahnideen beherrschten
gehen oft sehr überlegt in den Vorbereitungen für die
ror; sie dissimulieren krankhafte Erscheinungen, geben
est längere Zeit den Anschein besonderer Zufriedenheit
eren Befindens, um dann eine günstige Gelegenheit zu
. Dabei empfinden sie, je weniger ihre sonstigen geistigen
elitten haben, um so mehr das Qualvolle ihres nicht selten
h sich verschlimmernden Zustandes, welchem sie nicht
n Ende zu setzen geneigt sind, so daß ihnen bezüglich
lbstmordes nicht zu trauen ist.

en besonders theatralischen Anstrich geben meist die an
e Erkrankten ihren Entweichungen. Es handelte sich
en Fällen stets um weibliche Kranke; ausgesprochene
bei Männern sind hierzulande in den niederen Ständen
ene Krankheitsform und gelangen höchstens als trauma-
eurose zur Beobachtung. Solche Kranken sind anspruchs-
uben sich nicht genug beachtet, ihrem Zustande nicht
end behandelt, querulieren und schikanieren oft in jeder
Aus dieser unzufriedenen und nörgelnden Stimmung her-
gen ihre Fluchtversuche mit oder ohne Überwindung von
ssen. Eine Kranke — eine frühere Schwester — entfloh
einmal in das städtische Krankenhaus, um sich dort
n zu können; das zweitemal wurde sie dabei betroffen,
gerade eine Kollekte, angeblich für irgendeine mildtätige
in Wirklichkeit zur Beschaffung von Reisemitteln für
st, inszeniert hatte. Eine dritte strandete auf dem Heu-
ines benachbarten Büdners „als dem einzig ruhigen
n, wo sie gesund werden könne". Daß es bei solchen
ungen nicht ohne Verleumdungen und Hetzereien gegen
talt abgeht, bedarf für den Kenner des hysterischen
rs kaum der Erwähnung.

ganzen ist von der vorstehend skizzierten Gruppe der
n Entweichungen zu sagen, daß das Freiheitsbedürfnis
r in höchstens einem Viertel der Fälle zu Fluchtversuchen

Entweichungen, sei derselbe nun in einer primären ä
Verstimmung, in chronischen Vergiftungen, senilen In
vorgängen oder durch Halluzinationen begründet. Be
Kranken ist daher in der Behandlung Vorsicht bei der G
von Freiheit geboten.

Ein ganz anderes Gesicht wie die bisherigen tragen
weichungen geisteskranker Verbrecher (34 Fälle)
bei uns sämtlich männliche Personen betrafen. Bei ihne
niemals krankhafte Motive eine Rolle; immer war die
nach Freiheit und dem ungebundenen Leben der G
Flucht. Durch zwei Momente zeichnen sich besond
Fluchtversuche verbrecherischer Geisteskranker aus.
durch die Neigung zum Komplottieren, welcher bei
weiligen Anhäufung solcher Elemente nicht genügend d
teilung auf getrennte Abteilungen begegnet werden kan
weniger wie zehnmal kam es zu derartigen Komplotte
solche Kranke fast stets Personen gleichen Vorlebens
wählen; nur zweimal wurde je ein manischer Kranker
trauen gezogen und zur Mitflucht veranlaßt. Die mil
des Entweichens ist das einfache Weglaufen von der A
Spaziergängen oder aus Gärten. Auch hier komplottiere
So sprangen auf Verabredung zwei jugendliche derartig
an verschiedenen Stellen über die niedrige Umfriedig
Wacheabteilung und waren längst im dichten Gebüsch de
verschwunden, ehe eine wirksame Verfolgung ins Wer
werden konnte. Ein imbeziller Kranker, dessen Schwac
gewöhnlich in seinem Verhalten in der Anstalt weniger h
entwich im Laufe der letzten Jahre nicht weniger wie
und zwar immer nach demselben Heimatsort, obglei
seine Frau noch seine sonstigen Angehörigen dort e
ihm wissen wollten, und er jedesmal prompt durch d
der betreffenden Stadt zurückgeführt wurde — ein bün
weis seines Schwachsinns und beschränkten Gesichtskre
übrigen tragen jedoch die Entweichungen derartiger
keineswegs immer den Stempel geistiger Schwäche, vielf
sogar mit anerkennenswerter Umsicht verfahren. Zw

Pfleger die Schlüssel ab, unter dem Vorgeben, in der
enden Stiefelkammer sich die Schuhe reinigen zu wollen;
waren sie sofort unter Mitnahme fremder Sachen über
ge. Ein anderer katatonisch Kranker hatte anscheinend
en des Swachsinns die läppische Angewohnheit behalten,
onen zu betasten; bei solcher Gelegenheit entwendete er
notorischer Dieb — einem Pfleger die Schlüssel und ver-
. Gelegentlich spielt der Alkohol den agent provocateur.
ker, welcher der Anstalt als anstelliger Handwerker er-
Dienste erwiesen, benutzte gelegentlich eines Ausflugs
kenheit des begleitenden, unzuverlässigen Pflegers und eines
Kranken, um sich des letzteren Uhr anzueignen und zu
nden; nach einigen Tagen zeigte er seine glückliche An-
Schweden an. Zwei weitere Kranke regneten mit ihrer
olonne in einem ländlichen Gasthof ein; ein Querulant,
von seinem gleichartig veranlagten Vater gelegentlich eines
Geld und ein Messer zugesteckt erhalten hatte, gab ihnen
und sie entflohen, nachdem sie einen nachgeschickten
durch die Drohung mit Erstechen von der weiteren Ver-
abgeschreckt hatten.

eitens unterscheiden sich die Fluchtversuche verbrecher-
Geisteskranker von denen gewöhnlicher Geisteskranker
daß in vielen Fällen (16) die Entweichungen unter An-
von Türaufbrechen oder von Instrumenten, zumal
hlüsseln, erfolgen. So gelingt es ihnen auch meist ohne
e Mühe, aus verschlossen gehaltenen Abteilungen zu ent-
Jedes von einer Flasche abgelöste oder von schwach-
Kranken bei der Arbeit gesammelte und eingeschleppte
oder Eisenstück wird als Dietrich zurechtgebogen und
n den meisten Fällen zum Öffnen unserer einfachen, wenig
len Schlösser. Jeder auf Rütteln herabsinkende oder nicht
ende Türriegel ist solchen Kranken alsbald bekannt und
zu, bei Gelegenheit die Tür mit Gewalt zu sprengen. Be-
unzuverlässig erweisen sich hier in dieser Beziehung die
schlüsse der Fenster, welche, zumal auf Nebenfluren, deren
als Einzelzimmer gerade von besonnenen Kranken sehr

begehrt sind (frühere Zellen), eine sehr günstige Gelegen
Entweichen geben. Ebenso wurden wiederholt Schrauben
Saalfenstern und den Gittern der gefensterten Flurt
solchen Kranken entfernt und Gitter oder Fenster zwecks
lichung der Flucht herausgenommen. Verbrecherische
sind ja im Ausspähen von Gelegenheiten unübertrefflic
bei diesen Entweichungen allerlei fremde Sachen bis zu Fa
mitgehen geheißen wurden, ist fast überflüssig zu sag
Erfolg der Flucht war jedoch fast immer ein vorüberg
nur einem Kranken glückte es, sich monatelang draußen
und als professioneller Dieb Stettin unsicher zu mach
anderen wurden innerhalb weniger Tage zurück
davon hatten zwei geringfügige Diebstähle in dieser
gangen.

Klinisch sagen uns diese Entweichungen verbrec
Kranker wenig oder gar nichts. Sie zeigen höchstens, wi
sagt, daß Leute, deren Profession in gesunden Tagen
und Einbrechen ist, ihr Handwerk auch in kranken Ta
verlernen, wie wir es von jedem geisteskranken Ha
längst wissen. Für solche Kranke ist die moderne Ir
mit ihrem Krankenhauscharakter und der freieren Behandlu
nicht der geeignete Unterkunftsort; sie bedürfen meist
weniger einer eigentlichen Behandlung als einer siche
wahrung.

Überblicken wir das gesamte Material, so spring
Punkte allgemeiner Art besonders ins Auge. Es könnte
der Entweichungen mit 150 in den sechs Jahren des
der hiesigen Anstalt als recht hoch erscheinen. Im V
zu den Aufnahmen (1485) schrumpft sie jedoch erheblich z
und beträgt nur ca. 10%. Ihre Höhe erklärt sich eine
der großen Zahl hierhergewiesener verbrecherischer Geiste
und anderseits daraus, daß ich jeden Fluchtversuch, au
er in kürzester Frist vereitelt wurde, mitgezählt habe. Ir
ist es, hier ganz alte Zahlen heranziehen zu können.
gibt für das alte Juliushospital in Würzburg, in dem vor 30

Digitized by Google

gen ersterer mit 12% an; es war also in der guten alten
nt wesentlich anders wie heute.
ner zeigt mein Material ein auffälliges Überwiegen der
über die Frauen bei den Entweichungen, wie es *Rieger*
lager ebenfalls gefunden hatten. Auch hier ist die hohe
rbrecherischer Männer schuld, deren entsprechende Kate-
i den Frauen ganz fehlt; außerdem aber ist wohl die
Aktivität des männlichen Geschlechts und, wie mir scheint,
ch in psychopathischen Zuständen länger erhaltene geistige
keit im Verhältnis zu einer leichteren Verblödung bei
ausschlaggebend.[1])
iter ist es auffallend, wie wenig — abgesehen von den ver-
schen Elementen — das Freiheitsbedürfnis (22 mal) allein,
rwiegend (94 mal) dagegen krankhafte innere Vorgänge
ntversuchen anregen. Gerade durch letztere können uns
nungen Geisteskranker gelegentlich wertvolle diagnostische
sse geben, uns den Grad der Demenz, den Einfluß des
ers, die Stärke impulsiver Antriebe, die Macht der Be-
ngen und Halluzinationen erkennen lassen. Auch therapeu-
nnen sie uns Fingerzeige geben, vor allem in der Zu-
des jeweils nötigen Grades der Bewegungsfreiheit, ohne
allzugroßes Risiko einer Beschädigung der eigenen
mden Personen durch Kranke mit in Kauf genommen
muß. Beiden Gefahren wird man im wesentlichen durch
Aufmerksamkeit auf die Kranken und vorsichtige
bei Zuerkennung größerer Bewegungsfreiheit begegnen

Gefahr einer Selbstbeschädigung wird sich allerdings
ganz vermeiden lassen, sie ist aber auch früher zur Zeit
Freiheitsbeschränkung und vor allem bei Isolierungen
ranker eher größer gewesen als bei der heutzutage üblichen

---

den Lehrbüchern finde ich hierüber allerdings nichts. Wenigstens
des Materials einer Prov.-Anstalt habe ich jedoch diesen Eindruck.
jetzigen Bestand der hiesigen Anstalt (292 Männer, 290 Frauen)
bei den Männern 76%, bei den Frauen nur 60% im allgemeinen
regsam bezeichnen.

freieren Behandlungsart. Gelegentliche Unglücksfälle, wie
zelne im Vorstehenden angeführt, können daher letztere n
Vorzügen nicht diskreditieren. Das andere Risiko, eine we
Gefährdung des Publikums durch entwichene Geisteskra
dagegen in allen unseren Fällen vermieden; ob diese Ver
jedoch immer, z. B. bei dem Krankenmaterial einer G
ebenso liegen, erscheint mir zweifelhaft.

Digitized by Google

erhandlungen psychiatrischer Vereine.

---

ahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater rologen am 9. August 1906 in der Provinzial-Irrenanstalt zu Schleswig.

vesend waren die Herren: *Adler*-Schleswig, *Bertheau*-Schleswig, ltona, *Dabelstein*-Neustadt i. H., *Delbrück*-Ellen, *Draeseke*-Hamburg, -Schleswig, *Hennings*-Reinbeck, *Hinrichs*-Schleswig, *Jaspersen*-Schell- rg b. Preetz, *Jühlke*-Alt-Strelitz, *Kirchhoff*-Schleswig, *Kobelius*-Schles- emer-Neustadt i. H., *Lienau*-Hamburg, *Matusch*-Sachsenberg, *Nonne*- *Ofterdinger*-Rellingen, *Raecke*-Kiel, *Repkewitz*-Schleswig, *Reye*-Ham- röder-Altona, *Schulze*-Schleswig, *Suadicani*-Schleswig, *v. Varendorff*-, *Wassermeyer*-Kiel, *Wattenberg*-Lübeck, *Weißenborn*-Schleswig, nneberg, *Westhoff*-Schleswig, *Wullenweber*-Schleswig, *Zappe*-Schleswig. hat sich entschuldigt: *Siemerling*-Kiel.

fessor *Kirchhoff*-Schleswig eröffnet die Sitzung mit einer Begrüßung esenden. Zum Vorsitzenden wird *Kirchhoff*-Schleswig, zum Schrift- *nrichs*-Schleswig gewählt.

nächstjährige Versammlung soll in Sachsenberg (ev. Neustadt i. H.) n.

Vorsitzende gedenkt alsdann des verstorbenen Mitgliedes *Rieper*- i. H., dessen Andenken die Versammlung durch Erheben von den rt.

dem Verein sind ausgetreten, weil verzogen: *Meyer*-Kiel, jetzt g, und *Schüler*-Reinfeld, jetzt Goldap. Zum Eintritt melden sich: Neustadt i. H., *Westhoff*-Schleswig.

Beitrag soll der guten Kassenverhältnisse wegen nicht erhoben

träge: 1. *Draeseke*-Hamburg: Ein Beitrag zur Pathologie epsie.

tragender legt seinen Ausführungen einen an einem Hunde beob- eigenartigen Krankheitsvorgang zugrunde, den man dem klinischen

Digitized by Google

Beobachtung, sowie einer späteren Verarbeitung des Gehirns des Hu
dankt er Herrn Tierarzt *Lentsch* in Hamburg. Der Fall gewinnt
an Wert, daß er seinem klinischen Verlaufe sowie seinem patholo
tomischen Befunde nach in vielen Beziehungen demjenigen sehr ä
der in der Hallenser Klinik im Jahre 1899 an einem 59 jährigen
beobachtet wurde.

Die zugrunde gelegte Krankengeschichte des ersten Falles ist
2—3 Jahre alte deutsche Dogge wird anläßlich des Wechsels ihres
von Herrn *Lentsch* genau untersucht und gesund befunden. 1¼ Ja
erkrankt das Tier plötzlich, indem es vom Hof in die Küche läuft
hinstarrt, zittert, aufschreit, hinstürzt, mit Rumpf und Extremitäten die
Krampfbewegungen macht, blutigen Schaum am Maule zeigt, Kot
unter sich läßt und auf Anruf nicht reagiert. Dieser Anfall w
10 Minuten. Sodann erwacht der Hund wie aus einem Traum, erke
Herrn und verfällt dann in tiefen Schlaf. Irgendwelche Anhaltspunk
Entstehung des Krampfanfalles (Verdauungsstörungen, Eingeweid
lassen sich nicht feststellen. Genau einen Monat später tritt der z
wieder einen Monat später der dritte Anfall ein, die beide das gl
boten und 5—10 Minuten dauerten. Nach fast drei Monaten setzt
äußerst heftiger Anfall ein, dem an demselben Tage noch sieben ungef
schwere folgen; darauf tiefer Schlaf und nach demselben reichliche
aufnahme. Zwei Monate später drei heftige Anfälle unmittelbar
Deckung einer Hündin gleicher Rasse, die in der Absicht herbeige
um eventuell die Vererbungsfrage zu studieren. Leider abortierte di
Vier Tage später noch ein leichter Anfall, der sich in den näch
Monaten je einmal in gleichfalls leichter Form wiederholte. Das
sodann sehr an Gewicht zu, war munter und lebhaft und machte a
stücke, die es früher gelernt, in der gleichen Weise. Nach sechs
in denen der Hund völlig anfallsfrei blieb, wurde das Tier mit C
getötet. Körpergewicht 109 Pfd., Gehirngewicht 111 g. Keine Verä
am Schädel oder an den Hirnhäuten, die auf eine Reflexepileps
schließen lassen. Alle Organe, einschließlich der Schilddrüse, oh
hafte Veränderungen.

Bei dem 59 jährigen Arbeiter handelte es sich um einen völlig
Mann, der Lues und Potus negierte. Leider war es nicht möglich,
nauere Krankengeschichte zu ermitteln (siehe *Spielmeyer*: Archiv
chiatrie, Bd. 35, 1902). Vier Jahre vor der Aufnahme Unfall, Ve
vier Fingern der rechten Hand. Seit einiger Zeit in nicht ganz reg
Pausen von 3—4 Wochen Krampfanfälle, bei denen die klonischen Z
im verletzten Arm begannen und dann auf die unteren Extremitä
gingen. Angeblich kein Bewußtseinsverlust. Patient setzte sich,
Anfall kam, auf einen Stuhl und reagierte auf Fragen während de
Nach dem etwa 8 Minuten dauernden Anfall mehrstündiger Schlaf.

Sprache unartikuliert, wird dann unruhig, Delirien stellen sich ein, eagiert nicht mehr auf Fragen. Am siebenten Tage der Beobach- us letalis.

dem ersten Fall handelt es sich klinisch unzweifelhaft um Epilepsie ologisch-anatomischen Präparate der Großhirnrinde aber, die der ide zeigt, lassen schon bei der makroskopischen Betrachtung in der bst sowie im Marklager rundliche Flecke erkennen, in denen bei Färbung die Markscheiden nicht gefärbt erscheinen. Die Bilder zum Teil mit denen, die *Spielmeyer* in seiner oben erwähnten Ar- auffallend überein. Ob es sich bei dem Hunde, wie in diesem eine Encephalitis oder einen anderen Prozeß handelt, muß die ikroskopische Untersuchung des Kleinhirns und Hirnstammes noch Bemerkenswert ist, daß bei diesen vorliegenden anatomischen ungen, die in beiden Fällen krampfähnliche Erscheinungen hervor- on denen die des Hundes am meisten denen echter genuiner Epi- chen, die Psyche so wenig in Mitleidenschaft gezogen wurde. Wenn Anamnese des Patienten nicht viele Anhaltspunkte gab, so geht el daraus hervor, daß gröbere seelische Störungen eine lange Zeit nicht reten sind. Das Tier dagegen erholte sich nach den verschiedenen sschüben, fiel in keiner Weise als verändert auf und vermochte ie früher die erlernten Kunststücke auszuführen. (Autoreferat.)

kussion: Auf Anfrage von Herrn *Nonne*-Hamburg erwidert der Vor- daß Veränderungen an Gefäßen nicht gefunden seien. Die mikro- Untersuchung des Kleinhirns und Hirnstammes seien noch nicht geführt.

Draeseke-Hamburg: Demonstration eines rachitischen s.

Veranlassung zur Demonstration des rachitisch stark veränderten eines Cynocephalus gibt Vortragendem eine Mitteilung *Rinnes* in nigung der Chirurgen Berlins im März dieses Jahres. Es handelt einen 20jährigen Patienten, der eine starke Auftreibung des rechten und eine Verschiebung der Orbita nach unten um $1^1/_2$ cm zeigte. e Empfindlichkeit des Stirnbeins, des Supraorbitalrandes und der chläfengegend zur Folge hatte. In seinem 11. Lebensjahre erlitt nen Schlag mit einer Eisenstange gegen die Schläfe und von diesem an trat allmählich eine Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Gegend hervor. Zuerst stellten sich alle halbe Jahr anfallsweise nen ein, nachher vermehrten sich dieselben, schließlich hatte der lle vier Wochen eine starke Hyperämie der rechten Conjunktiva, s oberen Augenlides und der rechten Stirngegend und bekam da- rke Kopfschmerzen, so daß er als Sekundaner nicht arbeiten konnte,

inne schritt zur Operation, traf auf eine 3 cm dicke sklerosierte K
asse ohne irgendwelche Spongiosa. Dura war normal. Nach d
tion auffallende Besserung aller Symptome. *Rinne* verschaffte s
nderbild des Patienten aus seinem 8. Lebensjahr und glaubt hie
n Stärkersein der betreffenden Seite wahrnehmen zu können. De
er weist *Dräseke* nun an der Hand des vorgelegten Schädels, de
rs in der Stirngegend enorm hyperplasiertes, sklerosiertes Knoche
igt und nicht ganz symmetrisch ist, auf die Möglichkeit hin,
ch bei dem Patienten unter Umständen vielleicht um einen ein
chitischen Prozeß gehandelt hat, der zu außerordentlich starken K
rdickungen geführt hat, die schon ähnliche nervöse Erscheinungen
führen wohl imstande sind. Als Gegenstück zu dieser rach
ochenverdickung legt Vortragender dann noch den Schädel eines
ntschers vor, den er Herrn Tierarzt *H. Lentsch* in Hamburg verdanl
hädel ist papierdünn. Das Foramen magnum ist nicht symmetrisch
d seitlich verlagert. Der Alveolarteil des Oberkiefers ist gar nic
ckelt, die beiden Unterkieferäste sind nicht verbunden, Zähne hat
iher einmal nur vier voraussichtlich im Unterkiefer gehabt. Die Na
fnahme konnte nur mit der stark entwickelten Zunge vor sich gehe
mpf ums Dasein hätte dieses Tier nie bestehen können. Somit ist
hädel ein lehrreiches Beispiel dafür, wie Inzucht und Rachitis (H
alus) denselben abgebaut haben, wenn man sich für diesen Vorgan
lchen Ausdrucks bedienen darf. (Autoref

3. *Nonne*-Hamburg: Klinisches und Pathologisch-Anatom
r Lehre von den anämischen Spinalerkrankungen.

Herr *Nonne* stellt einen 28 jährigen Mann vor, welcher infol
gdauernder körperlicher Anstrengung als einziger Wärter im Kranl
ner kleinen Stadt und nebenbei noch viel beschäftigter Privatwärte
ır beschäftigten Arztes vor einigen Monaten erkrankte an allg
ttigkeit und Abgeschlagenheit. Es traten Parästhesien in den
d unteren Extremitäten auf, — Patient wurde blaß und ata
den Beinen, so daß er nach zwei Monaten nicht mehr stehen und
nnte. Die objektive Untersuchung (im Eppendorfer Krankenhause
ttelgradige einfache Anämie, hochgradige statische und lo
rische Ataxie, diffuse leichte Sensibilitätsstörungen v
hen bis ins obere Drittel der Oberschenkel reichend, Abschwä
r Sehnenreflexe der untern Extremitäten. Im weiteren
hm die Anämie zunächst noch vier Wochen lang zu, die Seh
exe verschwanden, es trat eine geringe Ataxie auch in den
tremitäten, mit Verlust der Sehnen- und Periostreflexe, auf. All
dete sich die Ataxie zurück, die Sehnenreflexe kehrten wieder, d
ilitätsstörung verschwand. Patient wurde entlassen mit einem Hämo

Digitized by Google

50% und einer Blutkörperchenanzahl von 3 Millionen. Jetzt, dre
päter, ist der Hämoglobingehalt 80%, rote Blutkörperchen 3800 000
ektive Befund am Nervensystem ist absolut normal; Patien
er noch blaß aus und hat noch hier und da Parästhesien in der
xtremitäten.

weist auf die spärlichen bisher in der Literatur vorliegenden Fälle
von *Nonne*, drei Fälle von *Putnam* und *Taylor*) hin, in denen es
dauernden Remissionen resp. Intermissionen der spinalen Symptome
nie kam.

einem zweiten Fall hatte es sich gehandelt um einen 50 jährigen
ei dem *Luce* im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg vor drei
das typische Bild einer schweren perniziösen Anämie
hatte. Diese Krankheit heilte aus durch erfolgreiche Behandlung
chigen Stomatitis. Es hatten damals Parästhesien, Ausfall
ellarreflexe, leichte motorische Paresen und diffuse Sen
törungen an den unteren Extremitäten bestanden. Auch diese
me bildeten sich bei der Heilung der Anämie zurück. Patien
seither über zwei Jahre als Postbote und suchte *Eppendorf* auf
vor einigen Wochen in schneller Folge Schwächezustände in den
Extremitäten, Parästhesien und Blasenstörung entwickelt hatten
fand sich das Bild einer bereits weit vorgeschrittenen kombi
Systemerkrankung (ataktische Paresen in den unteren Extremi
höhung der Sehnenreflexe, *Babinski* und *Oppenheim* positiv, Sphinc
räche, Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten bis an den
haufreichend). In der weiteren Folge entwickelten sich spastische
ren an den unteren Extremitäten, Blasenlähmungen, Cystopyelitis
ubitus. Sehr bemerkenswert war, daß die Blutwerte nicht
ich von der Norm abwichen (Hämoglobin, Zahl der roten und
lutkörperchen, mikroskopisches Blutbild an frischen und gefärbten
n).

der Sektion fand sich eine geringe Anämie der inneren Organe
t die essentiellen Befunde der „perniziösen" resp. letalen Anämie
rsuchung des Rückenmarks ergab ausgedehnte Erkrankungen
inter-, Seiten- und Vordersträngen, wie sie für vorgeschrit-
e bei „anämischer Spinalerkrankung" oft beschrieben sind. Auch
sich nachweisen, daß die Querschnittsbilder zustande gekommen
rch Konfluenz vieler Herde und nicht durch eine „System-
ng" der einzelnen „Systeme".

betont die prinzipielle Wichtigkeit dieses Falles, die darin liegt, daß
t

ß das typische Bild einer Anaemia perniciosa durch eine jauchige
omatitis hervorgerufen und durch Beseitigung derselben zur Heilung
racht werden kann.

Digitized by Google

2. daß das bereits ausgesprochene spinale Krankheitsbild der zugleich mit Heilung der Anämie sich zurückbildet,
3. daß über zwei Jahre später die Spinalerkrankung von neuem bar spontan, auftritt und speziell ohne eine neue Erkrank Blutes schnell progressiv wird und zum Tode führt. Es ist d das unzweideutigste die Unabhängigkeit der Anämie u nalerkrankung voneinander dargetan. (Autor

Diskussion: Herr *Raecke*-Kiel erwähnt einen Fall von perniziöse mit Hinterseitenstrangerscheinungen und psychischen Störungen (h drischer Umdeutung der Parästhesien und ängstlichen Delirien), de Klinik beobachtet wurde. Die pathologisch-anatomischen Präparate *Siemerling*-Kiel in der medizinischen Gesellschaft in Kiel demonstrier Es fanden sich multiple myelitische Herde im Rückenmark und da gehend eine Degeneration der Seiten- und Hinterstränge. Die A ergab Potus und Lues.

Herr *Nonne* weist im Schlußwort hin auf den Alkoholismus ätiologisches Moment bei den anämischen Erkrankungen des Rück

4. *Wassermeyer*-Kiel: Zur Pupillenuntersuchung bei G kranken.

Vortragender hat mit dem *Zeiß*schen binokularen Mikrosko suchungen an Geisteskranken angestellt bezüglich der Pupillenunr der Psychoreflexe. Die Beobachtungen wurden bei hellem Tagesl genommen. Von 39 Kranken mit Hebephrenie, Katatonie oder Para raschem Zerfall waren bei 6 (15%) diese beiden Erscheinungen ni sicher nachzuweisen, von 6 Imbezillen fehlten sie bei einem. V Epileptikern, von denen vier ausgesprochen dement waren, wurde zwei vermißt, bei zwei anderen nur im epileptischen Dämmerzust erhaltener Lichtreaktion.

Bei diesen Fällen, sowie bei 45 an anderen Psychosen und Neurose den Kranken fiel der große Unterschied in der Lebhaftigkeit und A keit der Pupillenunruhe und der Psychoreflexe auf. Es wurden desh 174 Gesunde (Soldaten) untersucht. Bei 24 (13%) war die Pupill nicht einwandsfrei vorhanden, bei sechs auch die Psychoreflexe nic zu erzielen, bei einem fehlten beide völlig, ohne daß irgend eine Er nachweisbar war.

Vortragender hält noch ausgedehnte Untersuchungen an Gesu notwendig, ehe aus dem Befunde bei Kranken diagnostische und prog Schlußfolgerungen gezogen werden können. (Autor

(Der Vortrag erscheint in extenso an anderer Stelle.)

Digitized by Google

Diskussion: Herr *Kirchhoff*-Schleswig fragt, ob die Pupillenunters am Krankenbett für die Praxis nicht zu schwierig seien.

Vortragende hält die Schwierigkeit nicht für zu groß. Die Apparate sehr teuer.

r *Cimbal*-Altona erinnert an die verschiedene Versuchsanordnung *ermeyer* und den früheren Untersuchern und glaubt, daß die Aus- fortwährender kleiner Akkommodationsschwankungen bei Tages- vieriger sei als im Dunkelzimmer. Für feine Einzeluntersuchungen die Zusammenfassung der Dementia praecox-Kranken als einheit- ppe wegen der großen Unterschiede der Einzelsymptome nicht für Er fragt schließlich an, ob gewisse mit vasomotorischen Störungen, r Pupillenerweiterung, Sistieren der Menses, Ohnmachten beginnende che Erkrankungen in der akuten Phase eine Sonderstellung bei den ungen hätten erkennen lassen.

r *Wassermeyer* weist die gemachten Einwendungen zurück. Den katatonischen Erkrankungen ist bei den Untersuchungen keine llung eingeräumt.

r *Nonne*-Hamburg fragt, ob auch bei Traumatikern Pupillenunter- n angestellt seien.

r *Wassermeyer* erwidert, daß auch bei diesen normale Verhältnisse seien, und betont nochmals, daß nach den Ergebnissen der Unter- n an dem Material der Kieler Klinik und an 174 gesunden Soldaten en der Pupillenunruhe und Psychoreflexe noch nicht hinreichend t, so daß aus dem Fehlen dieser Phänomene diagnostische und pro- e Schlüsse sich nicht ziehen lassen. Ausgedehnte Untersuchungen sgesunden erscheinen zunächst noch erforderlich, ehe man daran nn, Schlüsse aus Abweichungen bei einzelnen Formen von Geistes- en zu ziehen.

Raecke-Kiel: Fahnenflucht und Fuguezustände.

tragender berichtet über 18 Fälle von Fahnenflucht oder unerlaubter g infolge von Fuguezuständen bei Marineangehörigen. Klinisch en sich dieselben folgendermaßen:

chs Fälle mit vorwiegend epileptischen Symptomen. (Davon zwei- l sichere Epilepsie mit ärztlich beobachteten typischen Anfällen; eimal Epilepsie infolge der Anamnese sehr wahrscheinlich; einmal ronischer Alkoholismus mit epileptischen Zügen.)

un Fälle mit hysterischen Symptomen. (Davon drei ausgesprochene sterie mit Krampfanfällen und Dämmerzuständen, fünfmal psycho- thische Minderwertigkeit und einmal chronischer Alkoholismus mit zelnen hysterischen Erscheinungen.)

eimal Imbezillität.

den Fällen sicherer und wahrscheinlicher Epilepsie handelte es sich triebartig planloses Umherwandern mit entschieden auffälligem

nit mehr oder weniger tief getrübter Erinnerung bis zur völligen
Die Dauer schwankte zwischen Stunden und Tagen.

In den hysterischen Dämmerzuständen herrschte ein träumeri
treutes Wesen vor, mit illusionärer Verkennung, geziertem Getue, F
alscher Namen, Vorbeireden, Erfinden romanhafter Geschichten
der Pseudologia phantastica. Im einzelnen war das Bild sehr ma
Die Amnesie zeigte schwankende Grenzen.

In den Fuguezuständen der Psychopathen und Schwachsinnige
ie Handlungen besser verknüpft und motiviert. Dem Fortlaufen lage
ugrunde, wie Ärger, Heimweh, sexuelles Begehren. Es fehlte
as von *Siemerling* geschilderte Nebeneinander von gleichgültigem
berraschenden Verkehrtheiten, wie es durch die Dissoziation der Vors
m epileptischen Dämmerzustande mit seinen häufigen Intensitätsschwa
erursacht wird. Auf den Wanderungen kam es zu Exzessen in B
enere, zu Pumpversuchen bei Bekannten, zweimal zu Hochstapel
Diebstählen. Die Dauer betrug hier Wochen und Monate. Behaup
esien erwiesen sich nicht als echt. Bei der forensischen Beurteil
er Hauptnachdruck, abgesehen von dem Grade des Schwachsinns, au
ende Nebenumstände wie Affekte und Alkoholgenuß zu legen.

Dem Trauma kam ätiologisch keine wesentliche Rolle zu.
rschien für die Genese der Fuguezustände der auch von *Heilbro*
ürdigte Umstand, daß meist von Jugend auf eine Neigung zum F
nd Vagabondieren bestand. Impulsives Fortlaufen findet sich nic
ei nervösen Kindern mit abnorm gesteigerter Empfindlichkeit und k
ei ungeeigneter Behandlung zu einer fast gewohnheitsmäßigen Real
ysphorische Reize entwickeln. *Sioli* hat in einem derartigen Fa
urch monatelange konsequente Bettruhe Heilung erzielt. Hat sich
al die lästige Tendenz zum Fortlaufen ungehindert entwickelt, da
ie auch im krankhaften Affektausbruch oder im Dämmerzustande
ung bestimmen können, in welcher sich die Erregung entlädt.

Der Sachverständige muß bei jedem Fuguezustande durch umfa
eugenerhebungen die nähere Symptomatologie zu erforschen strebe
ei etwaigem Nachweis eines epileptischen oder hysterischen Grun
nd darf keinesfalls eine behauptete Amnesie ohne weiteres akz
in echter Dämmerzustand wird niemals allein die ethischen Vors
usschalten und sonst die psychischen Fähigkeiten intakt lassen.

(Autore

Diskussion: Herr *Kirchhoff*-Schleswig weist darauf hin, daß F
ahnenflucht beim Militär sich mehren, und hält es für wünschensw
chon bei Einstellung der Rekruten nach dem Vorkommen ähnlicher
eforscht wird.

Digitized by Google

Herr *Raecke*-Kiel glaubt, daß die Zunahme der zur Beobach

ist, daß man in militärärztlichen Kreisen heute auf das Vorkommen
otischem Wandertrieb mehr achtet, ja teilweise seine Häufigkeit zu
zen geneigt ist.

Repkewitz-Schleswig: Über Beschäftigung von Anstaltspfleg-

ragender erörtert, weshalb mit dem Anwachsen der Krankenzahl
hleswiger Anstalt die Zahl der beschäftigten Kranken verhältnis-
mäßlich abgenommen hat, und weist auf die besseren Ergebnisse
en kleineren kolonialen Anstalten bei Schleswig hin.
eine neuerdings empfohlene Beschäftigung für Anstaltspfleglinge
die schwedische Handweberei besprochen, wobei Vortragender zu
uß kommt, daß dieselbe im allgemeinen keinen Vorzug vor den
Arbeiten hat und vom finanziellen Standpunkt wenig rentabel ist.
besondere Bedeutung dürfte dem Weben nur zukommen als Be-
g für manche der gefährlichen und verbrecherischen Geisteskranken,
ine verhältnismäßig anregende Tätigkeit ist, keine bedenklicheren
e erfordert und hinsichtlich der Überwachung größere Schwierig-
ht macht. (Autoreferat.)

ussion: Herr *Dabelstein*-Neustadt i. H. berichtet von guten Erfolgen
rei im sogenannten festen Hause für verbrecherische Irre daselbst.

Vesthoff-Schleswig: Liegekur bei Geisteskranken.
Bedeutung der Liegekur besteht darin, daß sie zwei wichtige Heil-
vereinigt: Ruhe und Aufenthalt im Freien. Die Erfolge der Liege-
durchweg sehr günstig, am meisten werden Appetit, Schlaf und
günstig beeinflußt. Sie kann bei allen akuten und subakuten
angewandt werden, die besten Erfolge sieht man bei Katatonikern.
ik ist eine sehr einfache: ruhige Kranke legen sich auf den Liege-
werden zugedeckt, unruhige werden trocken eingepackt. Sehr un-
anke sind in der Regel nicht geeignet. Die Liegekur wird im
über den ganzen Tag ausgedehnt, kann aber mit Einschränkungen
ganzen Winter hindurch fortgesetzt werden. (Autoreferat.)
Vortrag erscheint ausführlich in der Psych.-neurol. Wochenschrift.)

ussion: Herr *Raecke*-Kiel weist darauf hin, daß in Frankfurt a. M.
n Gartenbetten zu Liegekuren im Freien für sieche Kranke sich
hrt haben.
Cimbal-Altona fragt nach methodischen Messungen des Blutdrucks
Körpergewichts. Bei akuten Psychosen, besonders depressiven Cha-
rat wiederholt Verschlimmerung (Steigerung der Erregung) nach der
in den Garten ein. Dagegen habe er in einigen subakuten Fällen,

sehr daniedergelegen hatten, ungewöhnlich rasches Ansteigen des
und des Körpergewichts beobachtet.

Der Vortragende erwidert, daß er Blutdruckmessungen nicht
habe. Dagegen stieg in den meisten Fällen das Gewicht, oft erheb
deutende Gewichtszunahme ist auch von anderer Seite, so von
beobachtet worden.

Herr *Wattenberg*-Lübeck: Die erneute Empfehlung der Freilu
ist dankbar zu begrüßen. Es bestehen aber Bedenken gegen das Zu
nähen der Decken bei stärker erregten Kranken, da Gefahr vorliegt
therapeutische Prozedur zu einer Zwangsmaßnahme wird. Die Be
mit Dauerbädern ist in solchen Fällen vorzuziehen. Redner fragt,
feuchte Packungen bei der Liegekur angewendet seien.

Herr *Westhoff* erwidert im Schlußwort, daß nur trockene P
angewandt wurden. Sehr unruhige Kranke werden sicher am be
Dauerbädern behandelt. Manchmal aber ist es angenehm, wenn
bei unruhigen Kranken in der Liegekur (mit Festnähen der Packu
weise eine günstig wirkende Abwechselung in der Behandlung eintret
kann.

Nach der Sitzung fand eine Besichtigung der Provinzial-Irrena
Schleswig statt. *Hinrichs*-Sch

Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiat
Würzburg, 5. und 6. Juni 1906.

Sitzungsbericht vom 5. Juni 1906.

Die Versammlung wird im großen Hörsaal der psychiatrische
abgehalten.

Anwesend waren die Herren:

Alzheimer-München, *Beckh*-Nürnberg, *Blachian*-Werneck, *Brand*
Buder-Weinsberg, *Camerer*-Stuttgart, *Dees*-Gabersee, *Dreschfeld*-Mün
ing, *Dreyfus*-Heidelberg, *Eisen*-Kutzenberg, *Ellmann*-Karthaus-Re
Feldkirchner-Karthaus-Regensburg, *Fritz*-Bayreuth, *Glas*-Landau i.
Herfeldt-Ansbach, *Jeliffe*-New York, *Karrer*-Klingenmünster, *Kirby*-N
Klüber-Erlangen, *Knehr*-Bayreuth, *Koch*-Zwiefalten, *Korte*-Eglfing, *K*
München, *Kraußold*-Bayreuth, *Kundt*-Deggendorf, *Marc*-Würzburg,
Weilmünster, *Nenning*-Eglfing, *Nitsche*-München, *Oppermann*-Erlangen
Meiningen, *Plaut*-München, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Pütterich*-Gabe
Ranke-München, *O. Ranke*-Wiesloch, *E. Rehm*-München, *O. Rehm*-
Reichardt-Würzburg, *Rein*-Ansbach, *Reiß*-München, *Rühle*-Schussenri
Digitized by Google

Specht-Erlangen, *Stöckle*-Werneck, *Stumpf*-Würzburg, *Urstein*-Münchau, *Vocke*-Eglfing, *Vogler*-Deggendorf, *Weygandt*-Würzburg, *Wiehl*-ied — im ganzen 54 Teilnehmer.

itz: *Vocke*-Eglfing, *Weygandt*-Würzburg.

Schriftführung übernehmen in Verhinderung beider Schriftführer glfing und *O. Rehm*-München.

ke eröffnet um 8¾ Uhr die Sitzung, begrüßt die Versammlung, daß der Hausherr, Prof. *Rieger*, durch Krankheit an seinem Erverhindert ist, verliest dann noch ein Begrüßungs- und Entschuldieiben des stellvertretenden Vorsitzenden *Kaufmann*-Werneck, der Folgen eines Unfalles am Erscheinen verhindert ist.

Zahl der Mitglieder des Vereins beträgt 90.

geschäftlichen Teil berichtet *Vocke* über die Bestrebungen des VerRegelung der Gebühren für die Sachverständigen-Gutachten, sowie Bereitstellung von Mitteln zur Teilnahme von Anstaltsärzten an den gskursen.

der Gebührenangelegenheit haben sich sechs bayerische Ärzteauf Antrag des Vereins beschäftigt, fünf beschlossen im zustimmen, eine Kammer hielt eine Änderung der erst vor kurzem erschiebührenordnung für verfrüht; leider hat sich auch der Obermedizinalim gleichen Sinne ausgesprochen, wenn auch Berücksichtigung Antrages bei einer späteren Änderung der Gebührenordnung in gestellt worden ist. In der Bewilligung von Mitteln zur Fortbildung ltsärzte haben wir dagegen, dank dem Entgegenkommen des K. isteriums des Innern, einen vollen Erfolg zu verzeichnen. Auf die les deutschen Vereins für Psychiatrie hat das K. Staatsministerium lichen Regierungen nahegelegt, die Gewährung entsprechender den Landräten zu befürworten, und es sind in allen Kreisen schon Jahr 1906 mehr oder minder hohe Beträge zur Fortbildung der zte bewilligt worden.

Rechnungsablage ergibt:

Aktivbestand am 13. Juni 1905.....	305,20 M.
74 Beiträge à 2 M.	148,00 „
Summa der Aktiva	453,20 M.
Davon ab:	
Ausgaben im Jahr 1905/06	80,88 „
Restbestand....	372,32 M.

Rechnung wird durch die Versammlung genehmigt.

ke-Eglfing: Über die Lage des irrenärztlichen Standes.

eine Anregung *Kraepelins* schlug die Vorstandschaft der vorVereinsversammlung vor, sich bei der nächsten Tagung ein Referat Lage des irrenärztlichen Standes erstatten zu lassen und Sie haben

Das Thema ist in der Tat durch den immer schärfer sich
nachenden Mangel an Bewerbern um vakante Assistenzarztstellen ei
rdentlich aktuelles geworden, und mehr als Vorträge und Aufsätze in
Kreisen und Blättern erweckt dieser Ärztemangel bei den beteiligten
Aufmerksamkeit und Ansätze zur Abhilfe. Leider ist es mit weni
nahmen bisher nur bei Ansätzen, und zwar häufig in falscher
geblieben, denn mit kleinen und kleinlichen Mitteln und teilweisen
rhöhungen, häufig nur in den Anfangsstellen, ist es nicht getan. Gr
Reformen tun uns not; nur solche können die Lage der Irrenärzte ve
las Ansehen des Standes heben und ihm tüchtige junge Kräfte
leren wir dringend benötigen.

Dementsprechend fasse ich es nicht als meine Aufgabe auf, I
einem ermüdenden Zahlenmaterial ein erschöpfendes Referat über di
naterielle Lage der Irrenärzte zu geben, über die Mühsale und
lie Entbehrungen und Enttäuschungen in unserem Beruf Allzubeka
viederholen, sondern ich will in großen Zügen von dem sprechen.
ot tut. Erwarten Sie nicht, daß ich hierbei viel Neues zutage förde
Kraepelin, *Hoppe* und *Alt* haben in trefflichen Ausführungen unse
bereits in der einen oder anderen Richtung bearbeitet und beleuch
Sie werden unschwer erkennen, wo ich ihnen folge. Um ziffermäßig
agen über einige Punkte zu gewinnen, habe ch eine von allen
lankenswerter Weise beantwortete Umfrage veranstaltet, an welcher
iche deutsche Anstalten mit 30 630 Kranken und 247 Ärzten betei
nd zwar 3 großstädtische Anstalten — Berlin, Hamburg, Leipzig —
Sische, 10 bayerische, 2 sächsische, 2 württembergische, 1 badis
elsässische; eine zweite, engere Enquete bei den 10 bayerische
nstalten lieferte mir das Material über die Zahl und die Gesamtgeh
Pensionsbezüge der in den letzten 25 Jahren aktiv und pensioniert g
Anstaltsärzte und die Ausgaben für Hinterbliebene von Anstaltsärzt

Woche für Woche füllen die Ausschreibungen vakanter Assis
tellen an Irrenanstalten oft ganze Spalten ärztlicher Zeitschrif
Dutzende von Anstalten haben jahraus jahrein in ihrem Ärztestand
leren Ausfüllung ihnen trotz hoher Anfangsgehälter nicht geling
bwohl als einzige Vorbedingung nur das Approbationsexamen
vird. Diese Erscheinung ist älteren Datums als der Rückgang der
tudierenden und als die Verbreitung der freien Arztwahl, die a
ungen Arzt den Wettbewerb in der Praxis erleichtert.

Die Gefahren unseres Berufes, die Abgelegenheit der Anstal
Mißtrauen des Publikums und die geringe Bewertung unseres Sta
nserer Tätigkeit waren früher noch allgemeiner und größer als he
nd trotzdem hat es früher nicht an ersten Kräften gefehlt, die
sychiatrischen Laufbahn drängten. Heute dagegen ist von einer
ur selten noch die Rede, ja manche Anstalt schätzt sich glücklic
ie nur überhaupt auf vielfaches Ausschreiben einen Arzt bekommt

egt im Zug der Zeit, in den Ansprüchen der jungen Ärzte von
in der Verlängerung des medizinischen Studiums, daß der Bewerb
nzarztstellen nicht mehr der allgemeine wie früher ist. Während
Arzt die Universität meist mit der Empfindung verließ, daß er
xis noch nicht reif sei, und es bedauerte, wenn er mangels einer
stelle oder durch finanzielle Verhältnisse sogleich in die Praxis
wurde, stehen wir heute vor einem Assistentenmangel an zahl-
ankeninstituten aller Spezialitäten und vor den Ansätzen zu einer
n, die den Spitälern und deren ärztlichen Leitern vorschreiben
welches Honorar, wie viele Stunden täglich, und gegen welche
g etwaiger Überstunden die jungen Ärzte sich in Zukunft für die
ilden zu lassen gedenken. Soweit ich die zahlreichen Notizen zu
ge in den „Ärztlichen Mitteilungen" überblicke, stehen die Ärzte
stalten dieser Bewegung gänzlich ferne, die in ihrer Ausartung
lem ärztlichen Ansehen schadet, sondern auch die Unlust für eine
ztstelle noch in weitere Kreise trägt. Leiden schon andere
stalten darunter, um wie viel mehr die Irrenanstalten, denn neben
tenseiten des psychiatrischen Berufes sind hier die materiellen
e unzureichend, das Avancement oft trostlos, immer unsicher, die
zeit unberechenbar, die wissenschaftliche Befriedigung gering, die
n die allgemeine Praxis so gut wie unmöglich.

Anfangsgehalt des unter Umständen eben von der Universität
Assistenzarztes beträgt zurzeit in allen öffentlichen Anstalten
ds 15—1800 M. neben völlig freier Station I. Klasse, deren reellen
mit 900 M. niedrig anschlage. Die Dienstalterszulagen sind sehr
, in einzelnen Bezirken beträchtlich, so daß der ledige Assistenz-
fünf Jahren z. B. auf ein Gesamteinkommen von 3300 M. inkl.
g kommt. Hiermit hat er ein Einkommen für seine Person erreicht,
n persönlich später trotz Avancement zum Oberarzt und Direktor
in Bayern wenigstens — nie mehr zur Verfügung steht, wenn er
nen Hausstand gründet und für heranwachsende Kinder sorgen muß.
tüchtiger junger Arzt wird sich nach fünfjähriger Praxis meist
300 M. verdienen, aber kaum eine staatliche Laufbahn bietet dem
r bei uns fünf Jahre nach der Universität ein solches Einkommen.
se 3300 M. Einkommen bedeuten für den jungen Irrenarzt den
Höhepunkt seiner ganzen Laufbahn, wenn er nicht allein und
durchs Leben gehen will.

len niedrigen Anfangsgehältern der Oberärzte in Bayern, die sich
me von Oberbayern und Schwaben zwischen 2820 M. und 3360 M.
bedeutet das Avancement zum Oberarzt, der einen eigenen Haus-
soll, meist schon eine finanzielle Einbuße, und die langsamen
gen in Quinquennien — 3×360 M., dann 180 M. — bringen den
selbst nach langer Zeit, nicht auf eine Höhe, daß man des Lebens
der Sorgen ledig werden könnte. Wie sehr die Verhältnisse in

Digitized by Google

der Oberpfalz	5
Niederbayern und Unterfranken	4
Mittelfranken und der Pfalz etwa	4
Schwaben, Württemberg und Posen	4600—4
Oberbayern und Schlesien, sowie für die II. Oberärzte in Westpreußen und Pommern	5000—5
Ostpreußen, Rheinland, Hannover, Westfalen und I. Oberärzte in Westpreußen	5400—5
Holstein, Hessen-Nassau, I. Oberärzte im Pommern, II. Oberärzte in Berlin und Brandenburg	5800—6
Leipzig, Königreich Sachsen, Provinz Sachsen und I. Oberärzte in Brandenburg	6400—6
dlich in Berlin für I. Oberärzte	7
Hamburg	9

Diese namhaft höheren Gehälter werden anderen Ortes als Ma
hälter dazu schon nach zwölf Dienstjahren erreicht, so in Hamburg.
burg, Rheinland, Ostpreußen, Westfalen und Sachsen.

Fast noch größer sind die Kontraste zwischen den Gehältern der
en in Bayern und anderswo.

Während nahezu in allen deutschen Landen in den letzten Jahre
sentliche Verbesserung der Gehälter vorgenommen wurde, steht
züglich der Direktor- und Oberärztegehälter mit Ausnahme von Ober
ch auf dem Boden vom Jahre 1876.

Der Anstaltsdirektor in Niederbayern beginnt mit 4080 M., währe
fangsgehalt der Oberärzte in sechs preußischen Provinzen und Ober
non 4000—4200 M. beträgt; die meisten bayerischen Direktoren e
20 M. Anfangsgehalt und steigen in den bekannten Quinquennialz
eimal um 360, dann um 180 M. Nirgends im Deutschen Reiche s
fangsgehalte so niedrig und die Dienstalterszulagen so selten und s
e in Bayern. In zahlreichen Provinzen steigen die Direktoren bei
fangsgehalt von 5400—6000 M. alle drei Jahre um 600 M. bis au
d 9000 M. Maximaleinkommen, in der Rheinprovinz sogar zweijäh
0 M. von 5000—9000 M., und sogar im kleinen Württemberg dreijäh
0 M. von 5400 auf 7000 M. Im Königreich Sachsen, das in m
chtung bezüglich seines Irrenwesens an der Spitze steht und daher
ztemangel in seinen Anstalten nicht kennt, ist das Durchschnittseink
· Direktoren jetzt sogar auf 8400 M. gebracht worden.

Die in den letzten 25 Jahren aus dem Dienst geschiedenen Dir
yerischer Anstalten hatten bei ihrem Abgange eine durchschnittliche
t von 21 Jahren als Direktor. Legt man diese Tatsache zugrun

Digitized by Google

ch den jetzigen Gehaltsnormen das durchschnittliche Jahresein-
ines Anstaltsdirektors während seiner 21jährigen Dienstzeit als

in Niederbayern	4654	M.
„ fünf Kreisen Bayerns	5494	„
„ Württemberg	6286	„
„ Westfalen	6714	„
„ den meisten preuß. Anstalten	7000—72000	„
„ Brandenburg	7543	„
im Königreich Sachsen	8400	„

mit 10 000, Hamburg mit 11 000 und Leipzig mit 12 000 M. Jahres-
len wir ganz absehen.
ne Summen diese Differenzen in 21 Jahren ausmachen, zeigen
ahlen:

Gesamtgehaltsbezug eines Direktors während 21 Dienstjahren

in Niederbayern	97 740	M.
„ fünf Kreisen Bayerns	115 380	„
„ Württemberg	132 000	„
„ den meisten preuß. Anstalten	149 000	„
„ der Rheinprovinz	153 000	„
„ Brandenburg	158 400	„
„ Sachsen	176 400	„
„ Hamburg gar	231 000	„

Verteidigung der bayerischen Gehaltsregulative hört man im all-
olgendes anführen: Ja, die Beamtengehälter sind in Bayern über-
riger, dagegen sind die Pensionen höher; das Leben ist in Bayern
an muß die Gehälter der Anstaltsärzte in einige Relation zu den
der juristischen Verwaltungsbeamten bringen.
e Herren! Daß die Beamtengehälter der Anstaltsärzte in Bayern
ind, wissen wir, und Sie haben das eben bezüglich unserer Karriere
. Ebenso zutreffend ist, daß die Pensionen hier höher als in
nd, allein es scheint mir doch interessant, diesen Verhältnissen
lenmäßig nachzugehen, und darum habe ich speziell in dieser
ine Erhebung von sämtlichen bayerischen Anstalten bezüglich der
ten 25 Jahren für Ärzte ausgezahlten Gehälter und Pensionen ver-

Direktoren, Oberärzte und Ärzte wurden in diesem Zeitraum aus-

Gehältern	2 966 612,94	M.
Nebenbezügen unter Zugrundelegung gleicher Anschläge	652 700,00	„
Summa...	3 619 312,94	M.
Pensionen an Ärzte und deren Hinterbliebene	262 163,29	„

Digitized by Google

ls die der bayerischen, ihre Pensionen nach 35 Dienstjahren um 2
riger.

Bayern hätte demnach in diesen 25 Jahren an die Ärzte um 89
veniger an Gehältern, dagegen um 49 000 M. mehr an Pensio
ezahlt als Preußen nach seinen Gehalts- und Pensionsnormen.

Allein tatsächlich sind die Verhältnisse noch viel ungünstiger
berflächliche Berechnung zeigt.

In den Jahren 1881—1905 beträgt an den neun in Frage ko
nstalten die Zahl der Direktor-Dienstjahre $222^{2}/_{12}$, das durchsc
ahresgehalt 5494 M.; es sind also an Direktoren rund 1 219 500 M.
ehältern ausbezahlt worden. Die um 30 % höheren Gehälter in
ätten um 365 850 M. mehr betragen.

Während desselben Zeitraumes haben sechs pensionierte Dire
ayern mit einer durchschnittlichen Direktor-Dienstzeit von 21 Ja
iner durchschnittlichen Gesamtdienstzeit von 35 Jahren insges
4 Jahre und 11 Monate lang Pension genossen im Gesamtbe
7 852 M. 32 Pf. In Preußen hätten diese Direktoren ein um 30 %
ktivitätsgehalt, dagegen statt $^{9}/_{10}$ nur $^{40}/_{60}$ ihres Gehaltes als
ekommen; die Pensionssumme betrüge dann 65 490 M., d. h. nur
veniger, wogegen Bayern im Vergleich zu Preußen um über 36
veniger Gehalt bezahlt hat.

Diese Rechnung ist durchaus einwandfrei, denn die Reliktenp
ür unser Beispiel sind in Preußen höher als in Bayern und müss
ußer Betracht bleiben; so erhielte eine Direktorswitwe in Preuß
5jähriger Dienstzeit ihres Mannes 26,4 Gehaltsprozente, in Bayern n

Von den Pensionssummen, die alle bayerischen Anstalten in de
5 Jahren ausbezahlt haben, entfallen:

auf Direktoren.....	26 %
„ Oberärzte	6 %
„ Assistenzärzte.....	0,6 %
dagegen auf Hinterbliebene .	67,4 %.

Was den zweiten Einwand betrifft, daß es in Bayern billige
nderswo, so existiert diese Behauptung doch nur bei Personen,
erhältnisse anderswo nicht kennen. Bei den zahlreichen Besuc
ärtiger Kollegen, deren ich mich in den Anstalten München und E
rfreuen hatte und habe, habe ich mit Vorliebe nach dem Preise au
ebensbedürfnisse geforscht und immer nur ersehen, daß anders
illiger ist als bei uns zu Lande. Vom Bierpreis wollen wir doch
Und Repräsentationsunkosten hat ein Direktor in Bayern auch, n
n vielbesuchten Anstalten.

Der Vergleich der Gehälter der Anstaltsärzte mit juristischen
st allerdings seitens letzterer naheliegend und fürt zu mißgünstig
ungen, da nur zu gerne Zahlen an Geld und Dienstzeit verglichen

reibende, ruhelose, verantwortungsvolle, an Ärger und Aufregun
ie Tätigkeit des Direktors, die Gefährlichkeit des Berufes, die hohe
der Kindererziehung bei der exponierten Lage vieler Anstalten, de
an weiterem Avancement, die rasche Abnützung, die kürzere Lebens
ie größere Notwendigkeit eines anregenden Urlaubs, bleibt natürlic
etracht. Ich möchte Ihnen hierbei die Worte eines früheren, durc
n Fleiß und bewundernswerte Arbeitskraft ausgezeichneten Anstalts
nicht vorenthalten, der aus dem Anstaltsdienst in die Verwaltun
um ein hohes und arbeitsreiches Amt zu übernehmen, und desse
gegen die frühere ruhelose Direktorzeit mit den Worten verglich
ine immer, ich bin in Urlaub, so ruhig und stetig kann ich fort
"

Kuriosum muß ich bei den Gehaltsverhältnissen noch erwähnen, da
and zwischen den Gehältern der Direktoren einerseits und denen de
e und Verwalter andererseits zuweilen ein durchaus unangemessene
bezieht in einer bayerischen Anstalt der Direktor mit 29 Dienst
ur 600 M. mehr als sein um vier Jahre dienstjüngerer Oberarzt un
400 M. weniger als der zehn Dienstjahre ältere Anstaltsverwalter
unhaltbare Mißstände, die nur durch Erhöhung des Direktorgehalte
werden können.

ben diesen wenig erfreulichen Gehaltsverhältnissen muß jeden Den
die Unsicherheit des Avancements abschrecken, das sich mit de
erung der Anstalten zusehends verschlechtert hat.

81 hatte Bayern z. B. in acht Anstalten

8 Direktoren,
7 Oberärzte,
15 Assistenzärzte,

auf jeden Assistenzarzt eine Vorrückungsstelle;

06 dagegen in zehn Anstalten

10 Direktoren,
14 Oberärzte,
40 Assistenzärzte,

mit auf 1,67 Ärzte nur mehr eine Vorrückungsstelle.

e Vorrückungsmöglichkeit hat sich demnach um 67 % gegen frühe
chtert, die Aussicht, Direktor zu werden, sogar um 96 %, denn frühe
2,75 Ärzte eine Direktorstelle, jetzt erst auf 5,4 Ärzte.

r Personalstatus in den öffentlichen Irrenanstalten hat sich überhaup
etzten 25 Jahren sehr zu Ungunsten der Karriere verändert.

e Zahl

der Kranken hat sich seitdem ..... um 138 %,
der Aufnahmen ..... um 143 %,
der Ärzte ..... um 113 %,

Summe der ärztlichen Gehälter ..... nur um 50 %

Die Vermehrung in den Arztstellen beträgt

167 % bei den Assistenzärzten,

100 % bei den Oberärzten,

und nur 25 % bei den Direktoren.

1881 wurden für einen Kranken jährlich 27 M. 41 Pf. an Aus
Ärztegehälter aufgewendet; 1905 nur mehr 17 M. 14 Pf., das si
% weniger, trotz der bedeutend höheren Anforderungen an die är
handlung und Verantwortung.

Der tüchtigste Arzt kann im günstigsten Falle zweimal avanc
n ist seine Karriere abgeschlossen. Wann er avanciert, hängt v
ne des Zufalles ab, und bei manchen Avancements büßt er sog
halt ein.

Jeder Kreis hat ein anderes Gehaltsregulativ, und die Unters
l so beträchtlich, daß der Arzt in den besser zahlenden Kreisen sic
ht um eine höhere Stelle in einem anderen Kreise bewerben kann,
t an Gehalt verlieren würde. Hierdurch wird nicht selten gerad
htigsten Elementen der Weg nach vorwärts versperrt und die Ka
eidet.

Wer die Verhältnisse in den elf preußischen Provinzen durchm
l finden, daß sich zwar Sachsen, Brandenburg und Rheinland i
oldung ihrer Ärzte besonders hervortun, daß in den übrigen Pro
r ziemlich gleichartige Verhältnisse bestehen. Zur Verbesserun
ancements hat man dort teilweise zwischen den Assistenz
l Oberärzten die Stelle von Anstaltsärzten eingeschaltet, die
l schon nach dreijähriger Dienstzeit erlangt wird und dem Inhab
kommen von 3000—4800 M. (Westfalen), 3600—4800 M. (Branden
0—5300 M. (Sachsen) bringt; in anderen Anstalten erfolgt nach
zer Dienstzeit, z. B. in Pommern nach fünf Jahren, die Beförderun
erarzt. Hierdurch ergeben sich in Preußen schon auf 0,7 Assisten
e Vorrückungsstelle, in Bayern dagegen erst auf 1,66.

Ich möchte gleich an dieser Stelle die Leitsätze aufstellen, di
enüber den heutigen Gehalts- und Avancementsverhältnissen am
cheinen:

1. Die gegenwärtigen Gehälter der jungen Assistenzärzte sind
hend. Eine weitere Erhöhung der Anfangsgehälter wird nur untü
aber tüchtige und weitsehende Elemente anlocken, angesichts der u
en und unsicheren Avancementsverhältnisse und der geradezu
henden Gehaltsmehrungen in den höheren Stellen.

2. Zur Verbesserung des Avancements empfiehlt sich die Sch
er Zwischenstufe zwischen Assistenz- und Oberärzten in der Gesta
staltsärzten. Deren Stellung sollte nach drei bis fünf Jahren, mit
ischen Rechten und der Möglichkeit, einen eigenen Haushalt füh
nen, erreicht werden und mit einem Anfangsgehalt von nicht
0 M. verbunden sein.

Digitized by Google

ragen; die Zahl der Oberarztstellen bedarf der Vermehrung. In
mmen auf eine Anstalt nur 1,4 Oberärzte, auf einen Oberarzt 536 K
Preußen dagegen auf eine Anstalt 2,5 Oberärzte und ein Oberar
360 Kranke.

4. Das Anfangsgehalt des Anstaltsdirektors muß mindestens um 2
er sein als jenes der Oberärzte, wenn ein Verhältnis zwischen Pf
Einkommen bestehen soll, und wenn einigermaßen angemessene G
hältnisse geschaffen werden wollen.

5. Die Verschiedenartigkeit der Gehaltsregulative in den ein
isen Bayerns ist ein schwerer Mißstand, der auf den einsichtigen
t geradezu abschreckend von der psychiatrischen Karriere wirken
ein verurteilenswertes Zufallsavancement in den kleineren Kreisen s
allgemeine Avancement aber geradezu lähmt und den tüchtigste
nten oft den Weg nach vorwärts sperrt.

6. Die günstigeren Pensionsverhältnisse in Bayern können auf
vorliegenden statistischen Erhebungen nicht als Motiv für die Ni
ung der Aktivitätsgehälter angeführt werden.

Meine Herren! Die materielle Stellung eines Standes ist seine
darum mußte ich mich angesichts der ungünstigen Verhältnis
ern länger mit diesen Kapiteln beschäftigen, als manchem meiner gen
örer lieb gewesen sein mag. Allein das Gehalt ist der Güter Hö
t, und so sehr man den Niedergang an Idealen auch im ärzt
ade beklagen mag, so sind diejenigen Ärzte doch sehr zahlreich, di
eren Erwägungen trotz Neigung zur Psychiatrie von ihr abge
den.

Eine Änderung ist meines Erachtens nur zu erzielen, wenn fol
rmen allseitig durchgeführt werden:

Den Bewerbern um eine Assistenzarztstelle muß die bisherige D
an einer psychiatrischen Klinik, an einer Irrenanstalt und überhau
r angesehenen Krankenanstalt angerechnet werden. Die Tre
chen klinischer und Anstaltspsychiatrie hat der letzteren zum g
aden gereicht und einer namhaften Zahl tüchtig vorgebildeter, w
ftlich strebsamer Ärzte den Übertritt in die Anstaltskarriere unm
acht. Ein in der internen Medizin, der Chirurgie oder Augenheil
speziell ausgebildeter Assistenzarzt ist für eine Anstalt von gr
ze und direkt und indirekt nützlicher, als ein eben vom Exame
r aus einer anderen Irrenanstalt kommender Arzt, denn dieser
n Neues mit, während jener durch sein Wissen und Können in
eren Spezialgebiet unserer Wissenschaft bei Erkrankungen oft uns
Dienste leistet und auch den älteren Ärzten Neues mitteilen
ch ein Gewinn, wenn z. B. jede Anstalt einen internistisch, einen c
, einen pathologisch-anatomisch und einen sonstwie spezialistisch
deten Arzt ihr eigen nennen würde, dazu noch einen oder me

e, die aus einer modernen psychiatrischen Klinik in die Anstalt
eten sind.

Meine Herren, das wäre ein idealer Zustand für die Kranken, fü
e und deren Zusammenarbeiten, und er wäre nahezu, wenn nicht
rreichen, und zwar keineswegs durch unerschwingliche Mittel.

Nach einer für das ganze Staatsgebiet Bayerns gleich normierten A
Dienstjahren müßten die Anstaltsärzte pragmatische Stellung mit Pens
chtigung und der Möglichkeit eigener Haushaltführung erlangen.
llung dieser Forderung ist unbedingt notwendig, denn jetzt weiß k
nn kann ich eine feste Anstellung mit der Aussicht auf auskömm
orgung im Invaliditätsfalle erlangen? Wann erlange ich ein Gehalt
n eine Wohnung, um heiraten zu können?"

Wenn man bedenkt, daß in den letzten 25 Jahren nur 1800 M
stenzarztpensionen und 7700 M. für eine einzige Assistenzarztwitw
Bayern ausgegeben wurden und nicht einmal 27 000 M. für d
hige Oberärzte und Oberarzt-Relikten, dann ist ein Zögern gege
Pragmatisierung von Anstaltsärzten nicht am Platz. Ebensowenig
nd bestreiten wollen und können, daß gerade der Irrenarzt des
n Herdes nicht entbehren sollte, daß gerade in seinem Berufe der
lle einer zersetzenden Vereinsamung und schiefen Urteilen anhei
n Gefahr läuft.

Die Gewährung von freien Nachmittagen und ganz dienstfreien T
den Ärzten den Konnex mit der Gesellschaft, Erholung in der N
atur oder Kunst, oder ungestörte Zeit zum Selbststudium ermögli
bummeln will, der tut dies die ganze Woche jahraus jahrein mit
dienstfreie Tage, wer aber arbeiten will und arbeitet, der san
Spannkraft, wenn er in 14 Tagen auch nur einmal auf 24 Stunden
ste entrückt ist und sich ungestört der Erholung oder stiller Arbeit
n kann.

Jährliche Urlaube werden wohl überall in angemessener Dauer bew
n nachahmenswert ist das Beispiel jener deutschen Anstalten, d
eren Zeiträumen den Direktoren oder Oberärzten mehrmonatige Url
rößeren Reisen oder Studienzwecken bewilligen.

Ins Kapitel der äußeren Reformen gehört außerdem die Bereitste
glicher Wohnungen nicht nur für die verheirateten, sondern auch fü
en Ärzte, die Schaffung von gemeinsamen, entsprechend ausgestat
lungsräumen.

Endlich ein Punkt, den *Alt* in seinem prächtigen Artikel „Videant
" kürzlich angeschnitten hat, die Titelverleihung. Man kann de
ber wie man will, allein das Ansehen des Standes wird dadurch geho
ich sehe keinen Grund ein, warum man einen alten und tüchtigen
deren es infolge der Avancementsverschlechterung mit der Zeit mel
n wird, nicht mit einem Titel auszeichnen könnte, wenn man will.

Digitized by Google

Liegen die bisher skizzierten Reformen lediglich im Machtgebi
gesetzten Behörden und Kreisvertretungen, so komme ich zu jenen
der wichtigen inneren Reformen, bei welchen die Anstaltsleiter in
e mitwirken müssen, ich meine die Aus- und Fortbildung der Anstalts

Meine Herren! Niemand bedarf der wissenschaftlichen Fortbildung
der Naturwissenschaftler und sonach auch der Arzt, und kein Arzt
senschaftlicher Arbeit mehr, möchte ich sagen, als der Irrenarzt in
talt. Nur sie schafft neben der Eintönigkeit des täglichen Dienstes
riedigung und schützt vor geistiger Verarmung. Sie muß nicht
psychiatrischem Gebiete liegen, allein naturgemäß kann sie meis
wurzeln, und der Anstaltsleiter ist berufen und verantwortlich fü
ktische Ausbildung, die wissenschaftliche Anregung und Fortbildung
te. Daraus folgt erstens, daß nur jenem die Leitung einer Ansta
raut werden soll, der diesen Aufgaben nach Wollen, Wissen und K
ocht werden kann, und zweitens, daß dem Anstaltsleiter die Zeit zu
ung stehen muß, dies zu betätigen. Wie es damit in Wirklichkeit b
hat *Hoppe* in seinem Buche trefflich geschildert. Die meisten Direk
icken tagtäglich in kleinen und kleinlichsten Verwaltungsgeschäften,
ondenzen, mündlichen Auskünften und anderen Dingen, von dene
ch Oberärzte mit größerer Selbständigkeit, die keine Abteilung f
sen, und durch Verwaltungsbeamte entlastet werden könnten. Von
en ist so gut wie keine Rede, kaum daß man in den späten Abendstu
Literatur durchfliegen oder selbst für sich etwas arbeiten kann,
t gerichtliche Gutachten oder große Berichte auch diese, eigentlic
e gehörige Zeit beanspruchen.

Ende 1880 trafen auf einen Anstaltsdirektor in Bayern 394 Ans
glinge und 129 Neuaufnahmen, jährlich also 523 Kranke, Ende 190
en 750 Pfleglinge, 249 Aufnahmen, in Summa 999 Kranke jährlich
hschnittliche Krankenstand hat also um 90%, die Zahl der Aufna
92% und die jährliche Krankenzahl um 91% zugenommen, und zwa
n Direktor.

Die Entlastung der Direktoren ist demnach die zweite unabwei
derung, wenn das wissenschaftliche Niveau der Anstaltsärzte gehoben
Zugang wissenschaftlich strebsamer Elemente herbeigeführt werden
entsprechenden Person des Anstaltsleiters gehört dann das nötige wi
ftliche Handwerkszeug in entsprechenden Räumen: die wissenschaf
othek, Laboratorien, Instrumente und Apparate. Gerade hierin kan
iv geringen Anschaffungskosten und wirtschaftlich verwendeten laufe
eln viel geleistet werden. Ist Anregung, Anleitung und Gelegenhei
wird mancher junge Arzt zum wissenschaftlichen Arbeiten zu gew
namentlich wenn auch ihm Stunden des normalen Arbeitstages h
lligt werden. Auch hierin fehlt es fast überall. Die fortwährenden
ngen dienstfreier, beurlaubter oder erkrankter Kollegen und vak
stellen, zahlreiche Aufnahmen, gerichtliche Begutachtungen lassen

Digitized by Google

ämen; auch er bedarf der knappen dienstfreien Stunden zu sein
ung, und stundenlanges Stillsitzen, wie es histologische Arbeiten
ern, wird ihm zur Unmöglichkeit, denn bald kommt diese, bald
Störung, bald mahnt die Zeit der Visite zum vorzeitigen Ab
er diesen Erschwernissen geht bald die Lust und damit im Lauf
allmählich die Fähigkeit zur wissenschaftlichen Betätigung verlore

Die Zahl der Anstaltsärzte sollte deshalb so bemessen sein, daß
s jede größere Anstalt neben den zur Diensterledigung eben ausreich
den einen überzähligen Arzt zur Verfügung hat. Dann wird den An
en nicht nur ein wissenschaftliches Arbeiten neben ihren Dienstauf
der Austausch ihrer Arbeitsresultate in wissenschaftlichen Abenden m
, sondern dann ist auch eine wirkliche Fortbildung der Anstalt
chführbar.

Diese Fortbildung denke ich mir keineswegs nur in Kursen, wer
auch außerordentlich begrüße, daß Fortbildungskurse für Anstalt
ch den Deutschen Verein für Psychiatrie nunmehr ins Leben ge
den und das Kgl. bayerische Staatsministerium des Innern in
digung ihrer Bedeutung bei den einzelnen Kreisen die Bewilligung
chender etatsmäßiger Mittel angeregt hat.

Drei Wege müssen zu einer systematischen Fortbildung der Ans
e eröffnet werden.

Für die älteren Anstaltsärzte mögen Kurse zur Auffrischung fri
Gewinnung neuerer Kenntnisse nutzbringend sein, die jüngeren
en alle Gelegenheit erhalten, den klinischen und wissenschaftlichen B
iner psychiatrischen Klinik durch eine dreimonatige Kommandierun
ik kennen zu lernen; nicht minder dringlich ist die Fortbildung
altsärzte in den anderen medizinischen Gebieten in der Art, daß je
frühesten Ausbildung, nach Neigung und Geschick, von Zeit zu Ze
altsarzt auf zwei bis drei Monate in einem klinischen, hygienischen
ologischen Institut sich gründlich weiterbilden kann. Sehr begrü
nachahmenswert ist die Einrichtung, daß in der von *Kraepelin*
hlagenen, nun in München durchgeführten Weise zeitweilig ein Assiste
ausch auf die Dauer von drei Monaten zwischen Klinik und A
findet.

Diese Einrichtung, die dem Staate keinerlei Kosten auferlegt, wird
chte tragen und verdient allseitige Nachahmung. Für die andere w
ftliche Fortbildung müssen die Kreise die Kosten aufbringen, sie w
en Nutzen bringen, nicht nur für unseren Stand, sondern für di
en und deren Schutzbefohlene.

Bei derartigen Institutionen wird von selbst ein innigerer Konnex zwi
Anstalten und den Kliniken sich anbahnen, und erstere werden
eren wissenschaftliche Bereicherung. Anregung zu gemeinschaft
eit und Forschung empfangen und außerdem einen vorteilhaften pe

Digitized by Google

chiatrischen Klinik zu München, denen wir Eglfinger auf *Kraepelins* ng regelmäßig beiwohnen dürfen, zu unsern schönsten und genußreic nden.

Meine Herren! ich komme zum Schlusse. Meine Ausführungen er en Anspruch auf Vollständigkeit, ich glaube jedoch das Wesentl gt zu haben, was zur Hebung unseres Standes und unseres W hehen muß, wenn wir um tüchtige, strebsame junge Kräfte in Zu lgreich werben wollen. Alte Institutionen, Mangel an Geld werde ormen hemmen, ohne die meines Erachtens eine Hilfe nicht kommt, und dort wird ein Kreis, eine Provinz, ein Staat die Führung i d nehmen und verwirklichen, was die Notwendigkeit erheischt. nur auf die schon vorliegenden Beispiele in Königreich und Pr nsen, in Pommern, Brandenburg, Oberbayern u. a.

Mein Referat in Ihrem Auftrag soll hier zunächst einen münd nungsaustausch hervorrufen, Anhaltspunkte für künftige Etatsaufstell rn und wenn der Verein dies beschließen sollte, bei den einschlä örden die Anregung zu einer Änderung der jetzt bestehenden Ve e geben.[1])

Diskussion: *Alzheimer*-München hält etwas radikalere Änder Platze als die von Herrn *Vocke* vorgeschlagenen. Ein tüchtiger de nur dann in seiner Tätigkeit eine Befriedigung finden können, eine gewisse Selbständigkeit und Verantwortlichkeit bei seiner Tät lle, sobald er einmal die eigentlichen Lehrjahre hinter sich habe. zunehmende Größe der Anstalten und die außerordentliche Überla Leiter lasse es wünschenswert erscheinen, daß man nicht mehr a gen Form des Direktorialsystems festhalte. Die Zahl der Obe se vermehrt, die Selbständigkeit derselben erhöht, die Stelle eines es nach den verschiedenen Seiten so gehoben werden, daß sie a ebenswertes Ende der psychiatrischen Laufbahn und nicht eine Dir e als das allein befriedigende gelten könne. Der Lehrkörper eines ums könne als Vorbild dienen. Der Direktor sei nur der Vorstan valtung, der Repräsentant der Anstalt.

Ein weiteres Mittel, die Lage der Irrenärzte zu heben, sehe er tig einem Neubau einer Irrenanstalt ganz abseits von dem Verkel rstreben. Ein Irrenarzt bedürfe des Verkehrs mit anderen und nor schen mehr noch als ein anderer, und in den völlig abseits gele alten entwickeln sich viel leichter Verhältnisse, die den Aufenthal nehm machen.

---

[1]) Der Vortrag stützte sich auf Tabellen, die unter den „Klei eilungen“ am Schlusse dieses Heftes veröffentlicht werden.

htigkeit. Sie bringe über die Eintönigkeit des Anstaltsdienstes am el
veg. Den Anstalten mit wissenschaftlichem Leben mangele es nic
istenten. Es zeige sich nun die ganz auffällige Tatsache, daß die
alten vielfach über den Mangel an Ärzten bittere Klagen führen,
ären, daß sie jeden nehmen müßten, den sie finden, während an
chiatrischen Kliniken und Stadtasylen eifrige. gut vorgebildete Assis
, die Sorgen um ihr Fortkommen haben. Es müßte sich doch erre
en, diesen eine befriedigende Tätigkeit und ein Fortkommen i
nanstalten zu schaffen. Damit würde dann von selbst das wissens
e Interesse und die nötige Vorbildung wieder in die Anstalten ko
das von Herrn *Vocke* für wünschenswert erklärt worden ist.

Kraepelin betont zunächst die Notwendigkeit der Schaffung w
bständiger Arztstellen. Dazu würde einmal das Verlassen des Pri
übergroßen Anstalten führen, dessen wirtschaftliche Vorteile sehr
ätzt, dessen große Nachteile wesentlich unterschätzt werden. S
r dürfte sich eine mehr kollegiale Verfassung der Anstaltsleitung empf
sprechend den Verhältnissen in unseren großen Krankenhäusern, in
Direktor nur primus inter pares und nicht mit kleinlicher Arbeit
et ist. Damit würde dann auch die übermäßige Betonung des D
rs fortfallen können, da dem Nichterreichen der Direktorstellen das
ommen wäre. Weiterhin ist die Wiederbelebung des wissenschaft
stes in den Anstalten nötig, die für die Kliniken nicht weniger Bede
wie für die Anstalten selbst. Fortbildungskurse, Stipendien für w
aftliche Zwecke, Assistententausch, Anstellung von überzähligen
l in dieser Richtung anzustreben.

Karrer-Klingenmünster spricht dem Vortragenden den besonderen
für sein ungemein belehrendes und eingehendes Referat, das u
ächlichen Verhältnisse einmal klar vor die Augen geführt habe. S
ndet er sich zu der wirtschaftlichen Frage und begrüßt das Refer
richtige Unterlage für die Anträge zur Besserstellung der Gehälter
3 der jüngsten Stellen, sondern insbesondere der oberen Ärztes
spricht seine Zustimmung zu den Ausführungen des Referenten au
die Veröffentlichung des Referates an, damit auf Grund desselbe
Direktoren der Kreisirrenanstalten bei den Kgl. Regierungen und
tändigen Landrate die nötigen Anträge gestellt werden können.
durch ein einiges Vorgehen könne bei den verschiedenen Verhält
einzelnen Regierungskreise eine erfolgreiche Wirkung erzielt w
müsse dahin gestrebt werden, daß die Gehaltsverhältnisse an den ein
erischen Anstalten die gleichen werden. Die Verbesserung der
hältnisse auch in anderer Hinsicht, z. B. auch in wissenschaftliche
t, sei eine Geldfrage, so z. B. die Anstellung eines überzähligen
den Ärzten nötige Zeit zu wissenschaftlicher Arbeit zu geben, od
öglichung von Besuchen von Fortbildungskursen oder Kliniken u

dieser Hinsicht ist es von der größten Wichtigkeit, wenn die ent
den Behörden nicht nur die persönlichen Ansichten eines einzige
zu haben glauben, denen mehr oder weniger Beachtung geschenk
kann, sondern wenn ihnen die Überzeugung einer größeren Gemein
egenübertritt.

der von *Alzheimer* und *Kraepelin* besprochenen Frage der Stellun
ärzte bemerkt Redner, daß wohl jeder Direktor persönlich möglichs
elbständigkeit überlassen werde, daß aber zu beachten sei, daß de
jegliche Verantwortung zu tragen habe und darum die Sache nich
wierigkeit sei. Er selbst sei auch für die Selbständigkeit der Ober
alte es aber für nötig, daß dies satzungsgemäß festgesetzt werde
n gegenüber nimmt Redner die Tätigkeit der Anstaltsärzte a
hen Kranken in Schutz, sie sei doch nicht so geringfügig, wie er si
. Er begrüßt mit Freuden die Bereitwilligkeit *Kraepelins* und seine
er, einen Fortbildungskurs in München zu halten, und spricht ihn
en der bayerischen Anstaltsärzte herzlichen Dank aus. Den be
en Austausch von Assistenzärzten zwischen der Kreisirrenanstal
Klinik für bestimmte Zeit hält er für vorteilhaft und wünschenswert
züglich der Klagen wegen Nichtübernahme klinischer Assistenten i
tlichen Anstalten teilt er mit, daß in 23 Jahren nur ein klinische
sich bei ihm gemeldet hat, der angestellt wurde, und macht darau
am, daß auch die im Anstaltsdienst sich befindenden tüchtigen Ärzt
cht auf Vorrücken haben und man nicht verlangen könne, daß ihne
Assistenten vorgezogen werden.

e Forderung *Alzheimers*, daß die öffentlichen Irrenanstalten möglichs
m großen Verkehre gebaut werden, ist gewiß im Prinzipe richtig
r in der Wirklichkeit nicht immer so befolgt werden können. Wen
s mehrere Anstalten bauen muß, wie dies fast bei allen Kreise
der Fall ist, so sind die Anstalten so zu legen, daß sie je ein Zen
einen Teil des Kreises bilden; man kann dann nur anstreben, da
talt möglichst nahe an eine Stadt — wenn auch eine kleinere —
erde, wie dies in der Pfalz mit der neuen Anstalt Homburg ge
sei.

mpf-Würzburg: Die soeben gehörten Ausführungen des Herrn Refe
owohl als besonders auch der Herren Diskussionsredner haben mic
rischen Amtsarzt in besonderem Grade interessiert; es kann keiner
unterliegen, daß heute in unserer Versammlung Verhältnisse erörter
sind, die in hohem Grade unsere Verwaltungsbehörden interessiere
Ich möchte die Anregungen des Herrn Direktor *Karrer* noch dahi
, daß ich den Antrag stelle, es möchten die heutigen Ausführunge
renten und besonders auch die der Diskussionsredner in möglichste
ichkeit den Kreisbehörden, den Kreismedizinalräten, den Landrats
ten und allen Mitgliedern der Landräte, ferner den Magistrate

Rektoraten mitgeteilt werden. Ich muß den Bestrebungen uns
sammlung besten Erfolg wünschen; die Interessen der Psychiater k
der übrigen Ärzte und speziell die der Amtsärzte nicht unberührt

Kraußold-Bayreuth wünscht, es mögen die in Frage stehe
handlungen (Referat, Diskussion und Resolutionen) möglichst rasc
fältigt und allen mehr oder weniger maßgebenden Behörden und
übergeben werden, zumal bald die Anstaltsetats aufgestellt werde

Dees-Gabersee begrüßt die Anregung zur Gewährung von
Fortbildungskursen, wissenschaftlichen Reisen, Beurlaubung zu wis
lichen Arbeiten an der Klinik. Das System von koordinierten
verträgt sich nicht mit der Forderung der Kleinheit der Anstalten
das Verlangen, die Anstalten an größere Städte anzugliedern, nich
Möglichkeit, den Kranken tunlichst viel Freiheit und Gelegenheit
schäftigung im Freien zu gewähren. Die Kgl. Regierung wird für da
koordinierter Oberärzte im Interesse der Verantwortlichkeit des
kaum zu haben sein. Von Wichtigkeit wäre auch, daß der die
Oberarzt, der gegebenenfalls den Direktor zu vertreten hat, einen g
ihn besonders kennzeichnenden Titel erhält, wie ähnliches scho
Mittelschulen usw. der Fall ist.

Alzheimer bemerkt zu den Ausführungen des Herrn *Karrer*, d
lich die klinischen Assistenten nicht verlangen können, daß man
in die höheren Stellen des Anstaltsdienstes hinübernehme, daß
nicht einzusehen sei, warum man denselben, wenn sie in den Ans
übergehen wollen, nicht die oft recht arbeitsreichen Dienstjahr
Klinik in Anrechnung bringen könne.

Gewiß stehe dem Vorschlag, den Oberärzten eine größere Se
keit zu geben, entgegen, daß der Direktor die Verantwortlichkeit
in der Anstalt den Behörden gegenüber trage. Es wäre aber d
durchführbar, daß man die Oberärzte die Verantwortlichkeit in
Dingen tragen lasse.

Man werde die großen Anstalten nicht ins Weichbild groß
aber doch in die Nähe größerer Städte legen können, so daß sie
reichbar seien.

Rehm-Neufriedenheim: Über drei Punkte sind wir wohl einig

1. ist notwendig, daß die Gehälter der Oberärzte und Direktore
lich erhöht werden; die Anfangsgehälter der Assistenzärzte sind ho

2. muß die Stellung der Oberärzte selbständig gemacht und m
Verantwortlichkeit bekleidet werden;

3. muß der wissenschaftliche Geist in den Anstalten erhöht wer
Anstellung von früheren klinischen Assistenten unter Anrechnu
klinischen Dienstzeit, durch Austausch von Assistenten mit den
durch Gewährung von Urlaub zu Fortbildungskursen, durch Stipen

Digitized by Google

soll nun von uns vorgegangen werden, um die genannten Ziele zu
? Es ist nur von einem gemeinsamen Vorgehen etwas zu erzielen.
elne Direktor hat ja wenig Einfluß. Der Verein muß die Sache in
nehmen, muß im Benehmen mit den einzelnen Direktoren die Vor-
ür die Kreise machen und den Regierungen und Landräten gegen-
reten.

m schlägt daher vor, das Referat und die Diskussionen sofort drucken
an alle Regierungen und Landratsmitglieder zu senden, und außerdem
mission zu wählen, die als Zentrale im Benehmen mit den einzelnen
n die weiteren Vorschläge zu bearbeiten hat.

rer erklärt auf die Gegenbemerkungen *Alzheimers*, daß er nicht
te des Referates habe besprechen wollen, daß es seiner Ansicht
der Hauptsache zunächst darauf ankomme, die ausschlaggebenden
haften für Gewährung der Mittel zur Verbesserung nach den ver-
n Richtungen zu gewinnen. Im besonderen erklärt er, daß auch
orderung zustimme, daß den Assistenten bei der Anstellung wie
die Dienstalterszulagen jene Zeit angerechnet werde, welche sie an
Instituten gedient haben.

ke: Die Organisation des oberärztlichen Dienstes muß eine andere
ls sie es jetzt in den meisten Anstalten ist, sonst ist der Oberarzt
bständig, und andererseits fehlt es ihm an Zeit und Gelegenheit
den Verwaltungsgeschäften, dem Betrieb und der Entwicklungs-
e des Anstaltsdienstes so vertraut zu machen, als es nötig ist zu
samen Entlastung des Direktors und zu selbständigem Handeln. Das
re für Eglfing z. B. zwei bis drei Oberärzte, die ganz selbständig
Direktor aber auf dem Laufenden über ihre Abteilungen erhalten
lediglich in allen prinzipiellen Dingen vorher mit ihm be-

primus inter pares wird der Direktor nie ganz sein. Eine Einheit
ng muß da sein, sonst überwuchert der Einfluß der Verwaltungs-
an der Anstalt, wie manche ungünstige Erfahrungen in Kranken-
eigen.

Größe der Anstalten ist eine alte crux, man kommt aber nicht dar-
us, solange Geld eine Rolle spielen muß. *Alt*, der eifrigste Ver-
er kleinen Anstalten, hat selbst 1400 Kranke unter sich. Große
sind doch etwas billiger als kleine.

agenswert ist, daß mit dem Neubau der Anstalten immer zu lange
wird, und daß dann auf einmal große Mittel erforderlich sind. Jeder
te ständig einen Prozentteil der Kreisumlagen in einen Irrenanstalts-
abführen und admassieren im Verhältnis zur Zunahme der Kranken
en zur rechten Zeit Mittel da, und man könnte auch kleinere An-
uen. Nur Sachsen und Württemberg haben neue kl[illegible]
der Drucklegung und weiten Verbreitung des Ref[illegible]

Bemerken möchte ich noch, daß auch in München bei den letz
anzen keine Auswahl gegeben war, daß sich aber Ärzte aus de
i c h t gemeldet haben.

Herfeldt-Ansbach gibt zur Erwägung anheim, ob der Vortra
urch die Tagespresse weiteren Kreisen zugänglich gemacht werd
s würde dadurch ein Hinweis geschaffen auf die nachfolgende Ver
es Referates an die betreffenden maßgebenden Körperschaften un
litglieder.

Weygandt-Würzburg: Die Idee der koordinierten Chefärzte
nstalt ist auch auf psychiatrischem Gebiete bereits verwirklicht: in
eich finden sich Anstalten — wie die zu Derray-Vancluse bei Pari
rei Services nebeneinander bestehen, einer für Männer, einer für
iner für Kinder, jeder mit einem selbständigen Chefarzt. Freilich v
ch mit dieser Einrichtung die Gefahr einer Diktatur des Verwalt
tandes.

Der Austausch zwischen Ärzten der Anstalten und Kliniken w
emein segensreich und wünschenswert. Freilich wird seine Einfüh
rößerem Maßstabe in Bayern auf Schwierigkeiten stoßen, sobald es
nhaber pragmatischer Stellen handelt. Wie in Bayern war ein solc
ausch bisher auch in Baden und Sachsen nicht zu denken, währe
reußen für mittlere Anstaltstellen sehr wohl möglich war und in W
erg manchmal Neigung bestand, auch Anstaltsdirektionen zu beset
rzten, die aus der Klinik und aus der Lehrtätigkeit hervorginge
ustausch wäre keineswegs mit irgendwelchen Härten verbunden, wen
aupt das Avancement eine Auslese der Tüchtigsten darstellte und nich
ach dem Anciennitätsprinzip vorginge. Der umgekehrte Weg ist ja
isher auch in Bayern immer offen gewesen: Der Übertritt von
rzten in die Universitätslaufbahn. Jedem stand bisher frei, unter
er wissenschaftlichen Vorbedingungen Universitätsdozent zu werden.
ie ordentlichen Professuren sind noch bis in die neueste Zeit hine
ach mit Anstaltsärzten besetzt worden. Beängstigend braucht die
ng eines solchen Austausches für die Anstaltsärzte keineswegs zu
enn der akademische Boden wird im ganzen nur ungern und selte
erlassen, trotz aller Enttäuschungen und Intriguen, die im Berei
niversitäten vorkommen. Bei aller berechtigten Beschwerde der
rzte über die Mängel ihrer Laufbahn darf nicht vergessen werden,
niversitätslaufbahn auch auf psychiatrischem Gebiete noch viel und
t, viel mehr Opfer erfordert und viel größere Schwierigkeiten un
ungen mit sich bringt.

Ein Austauschverhältnis wäre im übrigen aber auch denkbar
nstaltsärzten und Amtsärzten. In Bayern werden erfreulicherw
mts- und Gerichtsärzte vielfach mit Kollegen aus der allgemeine
esetzt. Für einige der Stellen wäre aber auch eine Besetzung dur

psychiatrische Begutachtungen und auch für Obduktionen. Die
lung zwischen Amtsärzten und Irrenärzten, die z. B. in Hessen von
r Regierung außerordentlich gefördert wird, trägt die besten Früchte
Auslande ist die Honorierung der Anstaltsärzte vielfach weit höher
s in England Direktorstellen mit 800—1000 Pfund Sterling Jahres-

zu erweckende lebhaftere Interesse weiterer Kreise an der Irren-
nte auch in anderer Weise zum Ausdruck kommen, so durch Stif-
lie in manchen Ländern, wie in Rußland, England, Griechenland,
ntlich viel reichlicher fließen als bei uns. Wenn auch die Be-
der wichtigsten Fürsorgeeinrichtungen eine Pflicht des Staates ist,
och durch Privatstiftungen vieles beigetragen werden, die Anstalten
er zu heben, vor allem auch ihre wissenschaftliche Wirksamkeit zu

h die Presse steht vielfach der Irrenfrage noch ohne rechtes Ver-
gegenüber, manchmal nicht ganz frei von den bekannten Vorurteilen
ildeten Teils der Laienwelt, gewöhnlich aber beherrscht von den
deten Bedenken wegen angeblicher möglicher Freiheitsberaubung und
ng Geistesgesunder.
wäre darum dringend zu wünschen, daß die ganze Frage des irren-
Standes dauernd in Fluß bleiben und möglichst jedes Jahr von
r Versammlung aus daran erinnert würde. Alle Mittel müssen
angezogen werden, Resolutionen, Kommissionen, persönliche Vor-
und Deputationen an den maßgebenden Stellen.
wertvoll die Idee der Bildung des Bayerischen Psychiatervereins
esen ist, läßt sich kaum eindringender belegen als durch die heutige
ng, deren zu wünschende Erfolge in letzter Linie doch den Geistes-
selbst zugute kommen.

h beendeter Diskussion beschloß die Versammlung einstimmig
die Drucklegung des Referates über die Lage des irrenärztlichen Standes;
die Veröffentlichung eines ausführlichen Berichtes über Referat und Diskussion in der Presse; hiermit wurde Prof. *Weygandt*-Würzburg beauftragt;
die Bildung einer Kommission zur Prüfung der irrenärztlichen Standesangelegenheiten und Vorbereitung geeigneter Schritte zur Hebung derselben.

diese Kommission, bestehend aus Vertretern der Universität, der rektoren, Ober- und Assistenzärzte, wurden gewählt die Herren: , *Vocke*, *Rehm*-Neufriedenheim, *Blachian*-Werneck und *Oppermann*-

Kommission erhält außerdem das Recht der Kooptierung.

Digitized by Google

ner Expositionszeit von 55,5 σ. Die Untersuchung erstreckte sich a
nfache chronische Alkoholiker, vier Halluzinanten und einen *Ko*
ranken, bei dem eine erhebliche Besserung der psychischen Ersche
ngetreten war. Ihre Leistungen verglich er mit denen von sieben a
n Gesunden von ungefähr gleicher Bildungsstufe. Die Resultate der
igten eine größere Gleichmäßigkeit untereinander als die der
wei Alkoholisten übertrafen die Normalen, 13 von 17 Fällen blieben
eistungen hinter diesen zurück. Von diesen 13 Fällen zeigten zwei
dentliche Störungen, drei leisteten höchstens die Hälfte des No
ährend die übrigen sich den Werten der Gesunden von unten her
nd nur vier deren untere Grenze erreichten. Wie bei Gesunden erg
er ausnahmslos eine Zunahme der richtigen Wahrnehmungen in der
älfte der Versuchstage, in der Hälfte der Fälle weit über das
aß hinaus. Während aber bei Gesunden die Zahl der Fehler zugl
nger wurde, fand sich dies Verhalten nur bei einem Halluzinanten:
brigen 16 Fällen vermehrte sich auch die Zahl der Fehler. Ein Ein
rmüdung war nirgends nachzuweisen, was wohl eine Folge der V
nordnung war. Beziehungen der Auffassungsleistungen zu klinische
mlichkeiten der Fälle waren nicht mit Sicherheit zu finden. Dagege
ne längere Dauer der Abstinenz vor Beginn der Versuche von gü
nfluß auf die Güte der Resultate zu sein. Die auffallend hohe Z
er Leistungen in der zweiten Hälfte der Versuchstage schien zum
ngt zu sein durch rasches Nachlassen der Alkoholwirkung bei den K
e erst seit wenigen Tagen abstinent waren.

Diskussion: *Kraepelin* weist auf die Wichtigkeit der initialen
ung bei den Merkversuchen hin, die in ausgeprägter Weise auch be
hen angetroffen werden. Beim Vorkommen einer über der Norm st
eistung bei den Alkoholisten ist zu berücksichtigen, daß die an
ewonnenen Normalzahlen natürlich nicht durchaus maßgebend sind: es
ei jenen Kranken dennoch eine Herabsetzung der Leistung gegeni
nden Tagen vorliegen. Die ungemein schwere Beeinträchtigung d
ssungs- und Merkfähigkeit bei einzelnen Kranken trotz längerer Entl
eit dürfte darauf hindeuten, daß sich hier jenes schwere Alkohols
szubilden beginnt, das wir in ausgeprägtester Form bei manche
r *Korsakoff*schen Psychose vorfinden.

Digitized by Google

richarat-Würzburg: Über Knochenveränderungen bei pr
er Paralyse.

ei Kranke der Würzburger psychiatrischen Klinik, mit Tabes ur
, erlitten bei vorzüglichem Ernährungszustande eine Anzahl Sponta
n. Die konservierten Skelette wiesen ganz diffuse, auch die Schäde
betreffende Veränderungen im Sinne einer hochgradigen Osteoporo
Dann beschäftigt sich der Vortragende mit der Frage: Welche
3 hat die Paralyse speziell auf Gewicht und Volumen de
ldachknochen? Die Untersuchungen an 50 Schädeln Paralytisch
0 Schädeln Nichtparalytischer aus der Sammlung der Würzburg
rgaben: 1. Es kommt bei Paralyse eine Osteoporose der Schäde
chen vor, welche man berechtigt ist, als direkte Folgeerkrankung d
aufzufassen. 2. Eine Osteosklerose (erhöhtes spezifisches Gewic
chens, meist bei normalem Volumen), oder abnorm großes Volume
chen (meist bei normalem spezifischem Gewicht) kommt bei Schädel
scher im gleichen Verhältnis vor, wie bei Schädeln Nichtparalytische
nicht bestritten werden, daß die Paralyse direkt zur Schädelverdickun
r Osteosklerose führen kann; meist aber wird es sich um Zustänc
hen oder Dura handeln, welche mit der Paralyse in gar keinem od
ehr lockerem Zusammenhang stehen. 3. Daß sich aber der Schäde
chen als Folge der Hirnatrophie sekundär verdickt, das ist, bei
h von Schädelkapazität und Hirngewicht einerseits, und von Schwer
und spezifischem Gewicht der Schädeldachknochen andererseit
wahrscheinlich. (Autoreferat.)

skussion: *Dees*-Gabersee berichtet von verhältnismäßig zah
(ca. acht) Fällen von Osteomalacie bei Geisteskranken, die i
e beobachtet wurden, und ist bereit, zur Klärung der Sache das Materi
fügung zu stellen.

eygandt-Würzburg: Beitrag zur Aphasielehre mit Demon
n.

eygandt demonstriert einen Patienten (Voit), der 1883 eine Schäde
g erlitt und daraufhin Sprachstörungen zeigte. Über diesen Fa
dabei aufgerollte Frage der amnestischen Aphasie hat sich bereit
ße Literatur entwickelt. Außer der bekannten Arbeit von *Grashe*
mmer, *Wolff*, *v. Monakow*, *Wernicke*, *Freud* und *Störring* genann
eygandt hat den Patienten selbst wiederholt und eingehend nach
ht. Die Prüfung zeigt, daß das Hauptsymptom des schreibende
der Aussprache nicht mehr besteht. Ebenso ist nicht mehr zu kor
, daß Voit zur Benennung eines Konkretums sich erst den anschau
Eindruck verschaffen müßte. Das Studium des sehr reichliche
tenmaterials läßt erkennen, daß die Störungen jedoch schon einma

Digitized by Google

Voit sind deshalb als traumatisch-hysterisch aufzufassen. Wenn au
ersten Unfall eine Hirnverletzung nicht ausgeschlossen sein mag, s
doch nicht die direkte Grundlage der Sprachstörung gewesen.

(Autor

Eine ausführliche Darstellung des Falles erfolgt an anderer S
Keine Diskussion.

Specht-Erlangen: Über Hysteromelancholie.

Der Vortrag ist im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Ps
1906, Nr. 217, veröffentlicht worden.

Diskussion: *Kraepelin* fragt an, auf Grund welcher Anzeic
die Hysteromelancholie im Sinne von *Specht* diagnostizieren lasse, da hy
Symptome, psychogene Auslösungen und Beeinflussungen auch beim
depressiven Irresein gelegentlich zur Beobachtung kommen.

Specht erwidert, daß die Gesamtheit der klinischen Kriterien: hy
Konstitution, psychogene Auslösung, dauernde spezifische Färbung
ptomenbildes, Lösung nach Art des physiologischen Abklingens vo
stürmen oder kritisches Ende durch psychogene Einflüsse, für die
ausschlaggebend sind.

Blachian-Werneck: Über die Zustellung von En
gungsbeschlüssen an unsere Anstaltsinsassen.

Die Meinungsverschiedenheiten, welche bei Einführung des Bür
Gesetzbuches über die in § 6 niedergelegten Begriffe Geisteskrank
Geistesschwäche allgemein herrschten, haben durch spätere oberstri
Entscheidungen eine Klärung erfahren.

Wir wissen heute, daß zwischen beiden nur ein gradueller Un
besteht, der sich nach den rechtlichen Folgen der Entmündigung, n
nach klinischen Merkmalen bemißt.

Die Aufgabe, welche dem ärztlichen Begutachter zufällt, ist
eine andere, schwierigere geworden. Denn es obliegt ihm nicht
Nachweis, daß der zu Entmündigende geistig erkrankt, sondern
Instruierung des Richters darüber, ob und inwieweit jener durch
chische Störung in der Besorgung seiner Angelegenheiten behindert
über diese ausschlaggebende Frage der Richter gewissermaßen als
ständiger befindet, so entfällt für uns zum großen Teile die Veran
welche früher gerne zu Angriffen gegen die Irrenärzte Anlaß gege
Interesse der Sache, der wir dienen, können wir diesen Umsch

Digitized by Google

. Aber auch unsere Kranken haben allen Grund, mit der Neuord- Dinge zufrieden zu sein. Denn durch dieselbe sind ausreichende n gegen ungerechtfertigte oder nicht genügend begründete Entmün- geschaffen, anderseits geht der Eingriff in die Rechtssphäre des nicht weiter, als durch die besondere Geistesverfassung desselben t geboten ist. Die Entmündigung stellt eben — wie ich zusammen- sagen möchte — eine zivilrechtliche Operation dar, zu deren kon- r Ausführung der Richter berufen ist.

sehr wir uns also mit den neuen gesetzlichen Bestimmungen in ateriellen Teile einverstanden erklären können, so fordern doch gleichzeitig mit dem Bürgerlichen Gesetzbuch in Kraft getretene gen der Zivilprozeßordnung unseren Widerspruch heraus.

meine § 660ff. (§§ 662, 683), gemäß denen im Falle der Entmün- vegen Geistesschwäche, Trunksucht usw., sowie bei Ablehnung des igungsantrages der Beschluß dem Entmündigten selbst bzw. dem dessen Entmündigung beantragt war, zuzustellen ist. In den Gründen geführt, daß der wegen Geistesschwäche Entmündigte lediglich in eschäftsfähigkeit beschränkt und jedenfalls in der Lage ist, von den ffenden Beschlusse Kenntnis zu nehmen.

e nun die Erfahrung lehrt, trifft diese Annahme nicht immer und slos bei unseren Kranken zu. Sicherlich aber befindet sich ein eil derselben in einem Gemütszustande, welcher die Zustellung des en Entmündigungsbeschlusses aus gesundheitlichen Rücksichten erbietet. Denn auch bei vorsichtiger Fassung ist derselbe an sich den Kranken mehr oder weniger aufzureizen, der aus den Motiven recht diskrete Dinge erfährt, in allen Fällen aber schwarz auf weiß ntssiegel nachgewiesen erhält, daß er an Geistesschwäche leidet.

r Schaden, welcher hierdurch angerichtet wird, ist um so größer, als diejenigen von unseren Pfleglingen (Imbezille, Epileptiker, Hypo e usw.) am häufigsten mit solchen Zustellungen bedacht werden wegen ihrer exzessiven Gemütsreizbarkeit und des Fehlens jegliche itseinsicht am wenigsten sie vertragen können.

e Folge davon ist, daß ihre Erregung sich steigert und gegen den t macht, der bis dahin mit allen Mitteln psychischer Behandlung war, einen beruhigenden Einfluß auf seine Schutzbefohlenen aus

zu kommt, daß eine Verzögerung der Zustellung, auch wenn es die cklliche Verfassung des Kranken noch so dringend erheischte, nicht ; ist, da nach § 601 Abs. 2 die Entmündigung erst mit der Zu des Beschlusses an den Entmündigten in Wirksamkeit tritt.

ese Unzuträglichkeiten, welche sich für den Kranken selbst und sei is zu dem Arzte daraus ergaben, haben daher von Anfang an di ise mobil gemacht. Als der ersten einer trat *Pfister*-Freiburg mit ein

seiner schon im Einführungsjahre gesammelten schlimmen Erfahr
Stellungnahme gegen den § 600 bzw. 661 ZPO. aufforderte und
desselben durch Zusätze usw. gemildert wissen wollte. So hätt
Verbesserung darin erblickt, wenn mehr dem Ermessen der Anst
anheimgegeben würde, nötigenfalls (und unbeschadet der Rechtsverb
vom Vormunde vollzogener Geschäfte) von einer sofortigen Zustellu
Kranken Umgang zu nehmen. und dessen Beschwerderecht (§ 6
von dem Zeitpunkte an datierte, zu welchem die schwerwiegend
lichen Bedenken gegen eine Behändigung in Wegfall gekommen w
Recht weist *Pfister* darauf hin, daß die Zustellung z. B. an ein
verwirrten Kranken, der kaum zur Entgegennahme des Entmi
beschlusses, geschweige denn zu einer sachgemäßen Würdigung
befähigt ist, wenig dem Sinne der einschlägigen Bestimmungen e
dürfte. *Pfister* wundert sich, daß es noch an gesetzlichen Normen
Art und Weise der Zustellung amtlicher Papiere an internierte
Gerichtsvollzieher nicht erreichbare Geisteskranken mangelt.

Manche Direktoren begegneten — wie *Pfister* besonders herv
diesem Übelstande durch Berufung auf ihre Anstaltssatzungen, w
Verkehr der Kranken mit der Außenwelt ausschließlich in ihre Hä

Für die badischen Staatsirrenanstalten sei unter dem 19.
1899 eine Verordnung ergangen, welche in § 12 besagt: „Zur Bewi
Zustellungen an in den staatlichen Irrenanstalten befindliche Pfleg
zuständig die ersten Beamten des Wartepersonals und deren Stell
Viel Geschmack vermag auch *Pfister* dieser Verordnung, welche die
beanstandete Lücke in den Zustellungsvorschriften ausfüllen sol
abzugewinnen. Denn gerade das Oberwartepersonal, welches in
und innige Berührung mit den Kranken tritt, hat bessere Auf
erfüllen, als sich durch solche Geschäfte den Haß und das Mißt
ihrer Fürsorge Anvertrauten zuzuziehen. Aus diesem Grunde red
einer Abänderung der Verordnung das Wort, dahinlautend, daß „j
Arzt anderer Abteilungen oder noch besser der Pförtner oder sons
trauenswürdiger Beamter der Anstalt mit Empfang und Überreic
amtlichen Schriftstücks beauftragt werde". Aber auch dieser Verbe
vorschlag trifft den Kern der Sache nicht, wenn schon dadurch d
Schäden vermieden würden, welche die Zustellung seitens des O
personals sicher im Gefolge hätte. Denn es macht schließlich kein
Unterschied aus, ob der Kranke den Entmündigungsbeschluß
Pförtner auf der Abteilung übermittelt erhält, oder — was sich wo
Mehrzahl der Fälle ermöglichen läßt — zwecks Entgegennahme
dem Zustellungsbeamten vorgeführt wird. Nach allem gelangt *Pfi*
n der Abschaffung jeglicher Motivierung, welche er in den Kom
irgends direkt vorgeschrieben findet, den besten Ausweg zu seh
n zweiter Linie empfiehlt er, auf eine Zusatzbestimmung oder

urze Verzögerungen der Zustellung des Entmündigungsbeschlusses
ranken sanktioniert würden".

em umfassenden Referate, welches Direktor *Vocke* 1903 auf der ersten
sammlung unseres Vereins erstattete, wurden desgleichen längere
gen an diese Frage geknüpft und darauf hingewiesen, daß die
les Entmündigungsbeschlusses es in manchen Fällen unmöglich macht,
an die Kranken hinauszugeben. Um in anderen die Reizung zu
, welche der Ausdruck „Geistesschwäche" bei dem Entmündigten
en könnte, schlägt *Vocke* eine besondere Formulierung des ärzt-
tachtens vor und zwar in der Weise, daß nur die klinische Diagnose,
anoia, aufgenommen, im übrigen aber durch eine sofort verständ-
schreibung die Auffassung des Gutachters, daß Geistesschwäche
gekennzeichnet wird.

ist bereits von anderer Seite bemerkt worden, daß dieser Vorschlag
veck nur dann zu erfüllen vermag, wenn auch der Richter denselben
eigen macht und das odiöse Wort in seinem Beschlusse vermeidet.
olches Entgegenkommen dürfte aber kaum zu rechnen sein. Denn
er ist doch gewissermaßen gebunden, nur mit den Begriffen zu
welche das Gesetz kennt.

derseits sind unsere Hauptbedenken nicht gegen den Ausdruck
chwäche", als vielmehr den Inhalt des Beschlusses gerichtet, in
weit mehr irritierende Wendungen und ganze Bestandteile unseres
en Richter bestimmten Gutachtens übernommen werden.

ch *Cammerer*-Winnental wendet sich in seinem 1905 erschienenen
gegen die oft unerträgliche Brüskierung unserer Kranken und be-
aß die gleichen Vorschriften, welche für die persönliche Vernehmung
naßgebend sind, nicht auch sinngemäße Anwendung auf den § 661
nden, mit anderen Worten, daß von der Zustellung des Entmündi-
chlusses nicht so lange abgesehen werden kann, als sie nicht ohne
für den Gesundheitszustand des Entmündigten ausführbar ist.

diese Mißstände, welche auch wir kennen zu lernen hinreichend
eit hatten — ich vermeide absichtlich, mich darüber zu verbreiten —,
nich schon im vorigen Jahre gelegentlich der zweiten Jahresver-
des bayer. Medizinalbeamtenvereins dazu, über die praktische
rkeit der erwähnten Gesetzesparagraphen und die Notwendigkeit
hilfe zu diskutieren. Meinen Schlußworten, daß es Aufgabe der
interessierten Kreise sei, eine Änderung bzw. Ergänzung dieser
etzlichen Bestimmungen in die Wege zu leiten, werde ich heute
indem ich Ihnen meine Vorschläge unterbreite. Ehe ich dies
ich mich veranlaßt, deren Vorgeschichte kurz zu berühren, weil
h die Wandlung verständlich wird, welche jene in der Zwischenzeit
haben.

gehend davon, daß die Zustellung des Entmündigungsbeschlusses

Digitized by Google

bei uns seit Jahren der Brauch aus, denselben entweder überhau
bieren oder nur den Tenor des Urteils dem Adressaten gegen U
zu eröffnen. Wir wußten nicht anders, als daß wir uns einer Unt
sünde gegen die gesetzlichen Vorschriften schuldig machten, wir w
lieber auch etwaige unangenehme Folgen tragen als zu einer Verg
unserer Kranken die Hand bieten. So konnte es nicht ausbl
Gegensätze sich herausbildeten und zu einer nachdrücklicheren
der richterlichen Forderung einer persönlichen Zustellung an de
führten. Mit gleicher Festigkeit wahrten auch wir unseren Stand
durch die Hausordnung genau vorgezeichnet war. Um diese kri
erhielten wir Sukkurs von juristischer Seite selbst, indem uns unt
auf § 181 ZPO., die Ersatzzustellung betr., und die einschlägi
gerichtlichen Entscheidungen und Kommentare ein Ausweg aus de
gezeigt wurde.

Als dann später eine amtliche Anfrage an uns erging, a
Gründen wir die persönliche Zustellung durch den beauftragten B
lehnten, führten wir zunächst den § 15 unserer Dienstanweisung
welcher besagt: „Der k. Direktor ist berechtigt, von allen Korre
der Kranken Kenntnis zu nehmen und alle an dieselben einlau
schriften zu öffnen und eventuell zurückzuhalten.“ Der Zwec
Aufsichtsbehörde damit verfolge, sei offenkundig der, den Schutz d
gegen schädliche Einflüsse von außen uns zur besonderen Pflicht
Aus der allgemeinen Fassung des Schlußsatzes gehe ferner hervor
amtliche Schriftstücke der Kontrolle des Anstaltsvorstandes unterli
selbe handle daher nur in gutem Rechte, wenn er die Zustellung
mündigungsbeschlusses davon abhängig mache, daß z. B. in den M
Wendungen nicht finden, welche den Gesundheitszustand des Ent
seine ärztliche Behandlung und anderes gefährden könnten. Di
die besonderen Verhältnisse in einer Anstalt gebotene und eingerä
würde aber unwirksam, wenn dem Gerichtsvollzieher usw. der Zut
Kranken gestattet würde. Außerdem hätten wir in der Ersatzzus
gesetzliches Mittel, um eine alle Teile befriedigende Lösung herbeiz
Seit dieser Zeit — es ist jetzt genau ein Jahr darüber hingegangen
Ruhe bei uns und die Überzeugung, daß wir zu unserem Vorgeh
Hinsicht berechtigt waren. Inkorrekt handelten wir vielleicht
Fällen, wo wir bloß den Urteilstenor übermittelten. Denn die
besteht in der Übergabe einer beglaubigten Abschrift des zuz
Schriftstücks. (§ 170 ZPO.) Hat also ein Gericht den Beschluß m
versehen, so gehört zur Zustellung des Beschlusses auch die Zus
Gründe. Ob dieser notwendig motiviert sein muß — ich komme
die Anregung *Pfisters* zurück — ist wieder eine Frage für sich. N
Stein Kommentar Band I Seite 661 begründet zwar die Nichta
Gründe bei Beschlüssen niemals einen Verstoß gegen das Prozeßr

ngen, welche dem Rechtsmittel der Beschwerde unterliegen, eine Be
er Gründe nicht wohl zu umgehen". — Damit fällt auch der Vorschl
s in sich zusammen, hauptsächlich für ein Weglassen der Motive si
g zu legen.

s gibt aber — wie ich oben bereits andeutete — eine Lösung, an d
rken wir ein gewisses, durch unsere Hausordnung gegebenes Anrec
e haben — die Ersatzzustellung. Was versteht man denn nun eigen
er Ersatzzustellung?

it dieser Frage betrete ich wieder das Gebiet, auf welchem dem Lai
llstricke drohen.

h hätte daher auch gewünscht, daß ein Fachmann — ähnlich wie v
auf einer Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie ein b
Zivilrechtslehrer über den § 1569 BGB. referierte — auch über d
ge Materie uns aufgeklärt hätte.

enn ich mich dennoch an dieselbe heranwage, so geschieht es a
unde, weil die Rechtslage hier im ganzen nicht zu schwierig zu übe
ist und anderseits das Interesse unserer Kranken eine baldig
g der Sache erfordert.

181 (166) ZPO. lautet: „Wird die Person, welcher zugestellt werden soll,
ohnung nicht angetroffen, so kann die Zustellung in der Wohnung a
u der Familie gehörenden erwachsenen Hausgenossen oder an eine
milie dienende erwachsene Person erfolgen. Wird eine solche Pers
ngetroffen, so kann die Zustellung an den in demselben Hau
den Hauswirt oder Vermieter erfolgen, wenn diese zur Annahm
riftstücks bereit sind."

as zunächst den Begriff „Wohnung" anlangt, so ist darunter das Hau
e Stätte des Hauses usw., wo jemand für gewöhnlich sich aufhält un
fen pflegt, zu verstehen (Seufferts Kommentar zur ZPO. § 180 Anm. 1
näß hat auch das Reichsgericht befunden, daß ein Gefangener z.
Strafanstalt „wohnt" (Seufferts Archiv Band 52 Nr. 52).

ber die andere Voraussetzung der Ersatzzustellung, daß der Betreffend
ngetroffen wird", besagt die gleiche reichsgerichtliche Entscheidun
h der Natur der Verhältnisse, in denen sich der Insasse einer Stra
befindet, sich von selbst ergibt, daß zu ihm ein Zustellungsbeamte
lkürlich gelangen kann, weil er ihn nur treffen kann, wenn der Gefangen
n Organ der Anstaltsverwaltung vorgeführt oder der Zustellungsbeam
n solches nach der Stelle, wo der Gefangene sich befindet, geleitet wird.
hin von der Entschließung des Vorstehers der Anstalt ab, ob der Zustellung
den Adressaten persönlich treffen kann oder nicht, und wenn de
leiter das letztere für angemessen findet, so ist durch sein Verhalte
iteres festgestellt, daß der Zustellungsbeamte den Gefangenen nic
h angetroffen hat" (Seufferts Archiv Band 52 Nr. 52). Es komm

Digitized by Google

tatsächlich nicht antrifft. Weder ist nötig, daß der Empfänger in der
nicht anwesend ist, und daß es unmöglich ist, ihn dort zu treffen
es erheblich, aus welchen Gründen, ob wegen Krankheit, Gefan
anderweitiger Beschäftigung usw. der in der Wohnung anwesende
für den Zusteller nicht zu treffen ist" (*Wilmowsky-Levy*, Komment
§ 181 Anm. 2 und 3). Schließlich ist der Anstaltsvorstand auch als
im Sinne des § 191 ZPO. anzusehen, weil ein Dritter, der mit ei
bewohner in Verkehr treten will, sich zu diesem Zweck gemäß
einrichtung an ihn zu wenden hat. *Gaupp-Stein* (I S. 413 Anm. II
dazu: „Bei Gefangenen ist der Gefängnisvorsteher als Hauswirt zu
ebenso der Vorstand des Krankenhauses."

„Die Gültigkeit der Ersatzzustellung ist unabhängig davon,
gestellte Schriftstück an den Adressaten gelangt; denn die Ersat
ist ja die Zustellung, bei welcher die für den Adressaten bestimm
stücke einer anderen Person mit derselben Wirkung behändig
ihr zurückgelassen werden, wie wenn sie dem Adressaten behänd
wären" (Seufferts Kommentar § 181 Anm. 1).

Somit dürfte die ganze Frage, welche so oft schon zu
Kritik Anlaß gegeben, dahin zu beantworten sein, daß an einen i
anstalt befindlichen Kranken die Zustellung des Entmündigungs
in rechtsgültiger Weise durch Übergabe desselben an den Ansta
bewirkt werden kann. —

Nach diesen Gesichtspunkten wird bei uns die Zustellung
einem Jahre praktisch betätigt, ohne daß andere als wohltätige
sich ergeben hätten. Der einzige Einwand, der sich dagegen
läßt — daß unsere Kranken durch die Inhibierung oder einstweili
stellung des Entmündigungsbeschlusses um ihr Beschwerderecht (cf. §
gebracht werden, hat mehr theoretische Bedeutung. Denn die Fä
als nicht geeignet für eine Zustellung sich erweisen, sind wohl in
wiegenden Mehrheit so geartet, daß auch eine Anfechtungsklage
positiven Resultate nicht führen würde. Im Effekt geht es endli
gleiche hinaus, ob die Zustellung aus ärztlichen Erwägungen eine
über die Beschwerdefrist erleidet, oder — was sicher nicht zu
kommt — die sofortige Zustellung z. B. an einen Kranken ges
zufolge eines nach dem Entmündigungstermine einsetzenden, länger
Verwirrtheitszustandes ebenfalls des Rechtsvorteiles der Beschwerd
wird. Bei unseren Kranken, deren Befinden so häufigen und un
Schwankungen ausgesetzt ist, läßt sich eben der starre Buchstabe d
gar oft nicht ganz ohne Zwang anwenden. Man sollte daher
prinzipiellen Bedenken zurückstellen, daß den Anstaltsleitern, wel
wieder ihrer Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen haben, zu w
Befugnisse in dieser Richtung übertragen werden könnten. Die S
würde dabei nicht zu Schaden kommen.

Wenn ich im vorstehenden mich bemühte, den gesetzlichen Handha
gehen, aus welchen sich die Zulässigkeit der Ersatzzustellung au
enanstalten ableiten läßt, so bleibt — ihre Richtigkeit vorausgesetzt
brig, derselben auch praktische Geltung zu verschaffen. Eine Umfra
n Kollegialbehörden hat ergeben, daß gegenwärtig fast allenthalb
lem gleichen Zustellungsmodus verfahren wird, den auch wir imn
de legten. Derselbe deckt sich in der Hauptsache mit den Forderung
wir heute erheben. Er unterscheidet sich aber wesentlich dadur
isher diese durch die Rücksicht auf unsere Kranken vorgezeichn
r Zustellung nur mit Duldung und stillschweigender Genehmigung
ze möglich schien. — Wie ich für unsere Verhältnisse bereits darget
erfreuten wir uns nicht immer des gleichen Entgegenkommens. Au
nalrat *Kraußold* konstatierte schon 1903 im Anschlusse an *Voc*
, daß die Zustellung von Entmündigungsbeschlüssen von den Gericht
inheitlich gehandhabt wird. Seitens eines anderen Anstaltsvorstand
darüber geklagt, daß das Gericht auf der Zustellung von Entmündigun
ssen bestanden hat, deren Behändigung an die Kranken er anfängli
tlichen Bedenken verweigerte.

u derartigen Kompetenzkonflikten wird es in Zukunft nicht me
n, wenn die oben entwickelten Anschauungen über Ersatzzustellu
esetzlich halten lassen. Zwecks Herbeiführung einer diesbezüglich
eidung stelle ich daher, obwohl ein zwingender, äußerer Anlaß aug
h nicht gegeben ist, den Antrag, der Verein bayerischer Psychia
in der Sache unter ausführlicher Darlegung der Gründe bei de
tsministerium der Justiz vorstellig werden. (Autoreferat.)

iskussion: *Vocke* bemerkt, es wäre sehr gut. wenn die Ersa
ung approbiert würde bei den wegen Geistesschwäche Entmündigte
er Bedenken, ob nicht unter Umständen eine reaktionäre Vorschr
n könnte.

pecht-Erlangen macht darauf aufmerksam, daß es unangängig i
n von *Blachian* vorgeschlagenen Wege den Kranken um den Gebrau
chtsmittel der Berufung zu bringen. Die Erwägung, daß es sich dal
meisten Fällen doch um aussichtslose Berufungen handle, dürfe h
itsprechen.

Rehm-Neufriedenheim: Wenn der Direktor auf Grund sein
sanweisung das Recht hat, die Briefe zu öffnen, und damit die Ersa
ng für sich in Anspruch nimmt, so geht daraus noch nicht herv
nun auch das Recht hat, die Zustellung an den Kranken ganz
ssen. Denn damit würde er dem Kranken das Berufungsrecht e
Und letzteres ist auch vom Standpunkte des Arztes aus unzulässi
enn von vornherein keinerlei Erfolg der Berufung in Aussicht ste
für den Arzt ist es vielfach eine Erleichterung, wenn die Berufu

Es ist daher, sowohl im Interesse des Kranken als des Direktors, en
davor zu warnen, die Zustellung eines Entmündigungsbeschlusses
Kranken zu unterlassen.

Kundt-Deggendorf führt aus, daß mit demselben Recht, mit
Anstaltsvorstand die Zustellung ihm übermittelter Beschlüsse an seine
auf Grund seiner Dienstesinstruktion unterläßt, er auch eine Entm
theoretisch verhindern könnte, wenn er erklärt, ich lasse den Kran
durch die Gerichtskommission besuchen, obwohl ein Einwand im
Zivilprozeßordnung nicht vorliegt. Im übrigen hielt er seine beab
Bemerkungen schon durch die Ausführungen *Specht* und *Rehm* für

Blachian betont, es liege ihm ferne, eine Resolution einzubri
dem Kranken das Beschwerderecht genommen werden solle, meint
müsse der Versuch gemacht werden mit der Ersatzzustellung, etwa
einer Resolution, daß die Ersatzzustellung gesetzlich für Irrenansta
gesetzt werden solle.

Kraepelin betont, daß die Einführung der Ersatzzustellung gew
grüßen sei, daß aber jede Maßregel vermieden werden müsse,
irgendwie die Rechte des Kranken, insbesondere deren Beschwerdere
die Entmündigung, beeinträchtigt werden könnte. Seine Vorschlä
dahin, daß die Anstaltsvorstände die Ersatzzustellung in Anspruch
sollen, ähnlich wie das in den Gefängnissen geschieht, und daß in b
Fällen dem Gericht Mitteilung gemacht werden solle.

Blachian ist mit dem Vorschlag *Kraepelins* einverstanden.

Ranke-München erwähnt, daß bei ihm die Ersatzzustellung
durchgeführt sei.

Vocke schlägt vor, in dieser Sache zunächst mit den ein
Referenten persönlich in Fühlung zu treten und im nächsten Jah
darüber zu berichten.

Um 4 Uhr nachmittags wird die Vortragsreihe geschlossen.

Vocke überträgt, da er selbst genötigt ist, bereits heute wie
reisen, unter Zustimmung der Versammlung den Vorsitz für di
Sitzung an *Karrer*-Klingenmünster.

Sitzungsbericht vom 6. Juni 1906.

Die heutige Sitzung findet im Festsaale des Bahnhof-Ho
Karrer eröffnet um 3/49 Uhr vorm. die Sitzung mit Fortsetzung de

Kraepelin: Über hysterische Schwindler.

Vortragender weist auf diejenigen Charakterzüge der Hysteri
die solche Kranke leicht zum Schwindeln verführen, die stark p
Färbung ihrer Wahrnehmungen und Erinnerungen, die lebhafte Gefühl
ihrer Vorstellungen und die Beweglichkeit ihres Seelenlebens
welche sie augenblicklichen Einflüssen besonders zugänglich ma

Grunde begegnet uns einmal bei Hysterischen häufig genug
g, ihre Umgebung, besonders auch die Ärzte, zu hintergehen, ab
che Erlebnisse zu erdichten, Krankheitserscheinungen vorzutäusch
rseits lassen sich bei den pathologischen Lügnern und Schwindlern
mehr oder weniger ausgesprochene hysterische Störungen auffind
ir darin wohl kein zufälliges Zusammentreffen zu erblicken hab
den von ihm gesammelten Fällen konnte Vortragender folgende Grupp
heiden:

. Einfache Konfabulanten, wesentlich ohne selbstsüchtige Absicht
urer, die unter falschem Namen in der Welt herumreisen, ihre V
heit unter Beibehaltung der gleichen Grundzüge romanhaft a
cken und sich ihren Lebensunterhalt durch unregelmäßige aber e
rbeit verdienen. Die eigentlich hysterischen Zeichen waren hier
hsten ausgeprägt; es handelte sich mehr um einfache Psychopath
. Geborene Hochstapler mit hysterischen Störungen. Gewan
dler ohne Neigung oder Befähigung zu ernsthafter Arbeit, deren ganz
nur eine Kette von unaufhörlichen Betrügereien darstellt, die na
jeden Augenblick die abenteuerlichsten Erfindungen vorbringen u
jeder Lebenslage zurechtfinden; daneben hysterische Stigmata v
ner Art, auch Anfälle.
. Krankenhausschwindler, die fast ununterbrochen aus ein
nhause ins andere wandern, irgend ein Leiden zu ihrem Lebensber
und die Ärzte durch die verschiedensten Vorspiegelungen zu täusch
Hier handelt es sich nur um eine besonders starke Ausbildung v
gen, denen wir auch sonst bei Hysterischen begegnen.
. Triebartige Schwindeleien mit einem gewissen Krankheitsgefühl u
ndeutung von Zustandsschwankungen. Haltlose, prahlerische Psych
die massenhafte, einförmige Betrügereien begehen, dazwischen arbeit
auch ohne Ausdauer; daneben Schwindelanfälle, gelegentlich unkl
rung; einzelne Stigmata.
. Schärfer abgegrenzte Dämmerzustände: fließende Übergänge
Form. Die Kranken geraten vorübergehend, bisweilen im Anschlu
eren Anlaß, in abenteuerliches Schwindeln und Großtun, vergeud
reisen zwecklos herum, treten unter falschem Namen auf, bis sie
werden; dann Ernüchterung; öfters unklare Erinnerung. Gelegentli
anfälle und ausgeprägte Dämmerzustände; Stigmata.

uffallend ist unter den hysterischen Schwindlern die große Zahl
, die sich jedoch wohl nur daraus erklärt, daß die freiere Stellu
annes die Ausübung der Schwindeleien in größerem Maßstabe
t; die einfacheren Formen des Krankenhausschwindels sind ja be
hen Geschlechte überaus häufig. Gemeinsam ist allen Formen ei
Regel ganz gute, oft hervorragende Verstandesbegabung, rasche A
rsgabe, Schlagfertigkeit, Lebhaftigkeit der Einbildungskraft,

Neigung zum Abenteuerlichen, Theatralischen, Mangel an Ausdauer, keit der Lebensführung. In 13 von 15 Fällen waren Selbstmordver verzeichnen, die allerdings meist nicht sehr ernsthafter Natur waren hin ein Zeichen für die Beweglichkeit des Stimmungshintergrundes.

Von besonderem Interesse sind die in den beiden letzten Gr beobachtenden Schwankungen in der Helligkeit des Bewußtseins. E daß sich hier alle möglichen Übergänge bis zu den ausgeprägtesten zuständen vorfinden. Wir werden dadurch an jene Fälle von jug Hysterie erinnert, bei denen oft genug Jahr und Tag ein fortd Schwanken des Zustandes zwischen Klarheit und mehr oder wen greifender Bewußtseinstrübung mit triebartigen Erregungen und theat Spielereien beobachtet wird. Auch in den Fällen des Vortr. beg Schwindeln regelmäßig um das 20. Lebensjahr herum, bald etwas frü etwas später.

Sehr erhebliche diagnostische Schwierigkeiten können in Fällen gegenüber der Epilepsie entstehen: unsere Anschauungen Abgrenzung bedürfen hier noch sehr der Klärung durch Sammlung über lange Zeiträume sich erstreckender Beobachtungen. Die Versti der Kranken können ganz an diejenigen der Epileptiker erinn schienen sie mehr an äußere Anlässe anzuknüpfen und zeigten m die Regelmäßigkeit der Wiederkehr wie jene. Auch die Dämmer wurden in bemerkenswerter Weise durch äußere Einwirkungen ausg erschienen zeitlich weniger scharf abgegrenzt, als diejenigen der Die Bewußtseinstrübung war lange nicht so tief. Das Handeln der trug meist deutlich den Stempel des Abenteuerlichen; sie zeigten d weit größere Lebendigkeit, als die in solchen Zuständen wortkar schlossenen Epileptiker, führten irgend eine bestimmte Rolle planm folgerichtig durch. Endlich war auch bei den Anfällen, die hie und mit Zungenbiß verliefen, die Abhängigkeit von äußeren Anlässen dadurch bedingte große Unregelmäßigkeit des Auftretens im allgemei zu verkennen.

Für die forensische Beurteilung scheint dem Vortr. bei de letzten Gruppen der Nachweis des triebartigen Handelns von b Wichtigkeit, die außerordentliche Häufung der Straftaten zu gewisse ihre Einförmigkeit und ihre Sinnlosigkeit, freilich Eigentümlichke sich bisweilen auch bei andersartigen Gewohnheitsverbrechern wie Von größter Bedeutung wäre auch in dieser Beziehung die Beantwo Frage, ob wir es nicht vielfach mit ausgeprägten Schwankungen Zustande des Bewußtseins zu tun haben. Hier wird voraussichtlich nauere Studium der jugendlichen Hysterie aufklärend wirken und statten, einen gesicherteren Standpunkt in der forensischen Beurteil hysterischen Schwindler zu gewinnen, als wir ihn heute noch eine berechtigt sind.

Digitized by Google

(Autor

Weygandt-Würzburg: Krankenvorstellung.

Vortr. demonstriert eine Reihe von Fällen jugendlichen Schwachsin

1. Fall: Hydrocephalie bei einem siebenjährigen Mädchen, das
ahren bereits 56 cm Kopfumfang hatte und jetzt einen solchen
aufweist. Bis zum dritten Jahre traten täglich ein- bis dreimal Kräm
Die oberen Extremitäten sind ataktisch, die Patellarreflexe etwas erh

2. Fall: Porencephalie mit halbseitiger spastischer Lähmung, epile
Anfällen (wovon Othaematome), progressiver Demenz und zeitweili
ung.

3. Fall: Mikrocephalie geringen Grades mit Skelettstörungen: B
kturen, spitzwinklig geheilter Unterschenkelfraktur, hochgradiger st
Skoliose; psychisch tiefer Blödsinn.

4. Fall: Mongolismus mit Zwergwuchs (Körpergröße 131 cm bei ei
von 23 Jahren) bei mittlerem Schwachsinn.

5. Fall: Kretinismus, Zwergwuchs (Körpergröße 120 cm mit 25 Jahr
er Jahren unter zeitweiligem Thyreoidingebrauch um 6,5 cm gewachs
Aussetzen des Thyreoidins tritt starkes Myxödem auf, besonders
n, Schultern, Wangen, Kinn, ferner Hängebauch; schreibt ordentl
etwas, kennt Uhr und Geld, rechnet kleine Multiplikationen, dage
Subtraktionen; hilft im Haushalt, hat kindliche Neigungen.

6. Fall: Abortiver Kretinismus, 18jähriger Geigenmachergehi
n groß, nach sechsmonatiger Thyreoidindarreichung bis zu 149 cm
en: Aussehen blaß (Hämaglobingehalt 80%), Fibrom der Hände,
g von Myxödem, etwas Kretinenphysiognomie, psychische Leistun
l. (Autoreferat.

Keine Diskussion.

Alsdann erfolgt die Vorstandswahl, aus welcher hervorgehen: 1. V
der *Vocke*-Eglfing, 2. Vorsitzender *Alzheimer*-München, 1. Schr
Gaupp-München, 2. Schriftführer *Brandl*-Eglfing.

Als Ort der nächsten Versammlung wird München gewählt.

Otto Rehm-München: Psychologische Versuche bei manis
essivem Irresein.

Nach derselben Methode, mit der *Specht* und *Plaut* Unfallskranke un
haben, hat Vortr. Versuche an 34 manisch-depressiven Kranken gema
ersuchsmethode bestand in fortlaufendem Addieren einstelliger Zahl
auer des Versuchs betrug zehn Tage lang täglich zehn Minuten.
zweiten Tage wurde eine Pause von fünf Minuten eingeschoben. Z
ich wurde ein Versuchsmaterial von 24 gesunden Personen her
en. Das Krankenmaterial bestand aus manischen, depressiven
ormen. Die einzelnen Resultate wurden kurvenmäßig aufgezeichnet
striert. Die Leistungen in fünf Minuten sind bei den Kranken e
ittel geringer als bei den Gesunden; männliche gesunde Versuchsp

kein Unterschied. Die höheren Leistungen ergaben die manis
niedrigeren die depressiven Kranken. Die geringsten Leistungswe
die stark gehemmten Depressionen, die Manien mit psychomotoris
mung, ferner die psychomotorisch erregten Depressionen. Die Berec
täglichen Übungsfortschritts läßt bei sämtlichen Kranken bis
einzigen ein Zunehmen der Leistungen von Tag zu Tag deutlich we
Übungsfortschritt ist bei den manischen Kranken im allgemeinen ei
wie bei den depressiven; die schwer gehemmten Depressionen, die g
Manien und die psychomotorisch erregten Depressionen zeigen seh
Übungsfortschritt. Aus der Untersuchung der Ermüdbarkeit,
rechnung auf der Pausenwirkung beruht, geht hervor, daß die Ge
Durchschnitt größere Ermüdbarkeit zeigen wie die manisch-depress
ken; im speziellen ist die Ermüdbarkeit der Fälle von psychomot
hemmter Manie eine sehr große. Die Größe des Antriebs, di
Differenz der Arbeitsleistung in der ersten und dritten Minute des
berechnet worden ist, ergibt, daß im Durchschnitt der Antrieb bei
die doppelte Höhe erreicht wie bei den untersuchten Kranken.
Depressionen ist der Antrieb etwas größer wie bei den Manien.
auf mehr als das Doppelte der anderen manisch-depressiven Kr
steigerten Antrieb verfügten die psychomotorisch erregten, de
Kranken. Vortr. geht auf eine kurze psychologische Begründung
tate ein und zieht Vergleiche mit den Ergebnissen der gleichartig
suchungen *Plauts* an Unfallskranken.

Keine Diskussion.

Plaut-München: Über krankhafte Kaufsucht.

Eine Hysterica, die in der Münchener Psychiatrischen Klinik
fand, führte den wirtschaftlichen Ruin ihrer Familie dadurch herb
jahrelang in großem Umfang allerlei Waren kaufte, um sie sogleich
preisen wieder zu veräußern. Die gekauften Gegenstände wande
direkt von den Lieferanten zu Mittelspersonen zum Weiterverkau
hierfür erlösten Summen flossen als Ratenzahlungen sogleich an
ranten zurück, so daß die Kranke weder in den Besitz von War
den Besitz von Geld gelangte. Es handelt sich demgemäß um pla
umsetzungen, die zu großen Verlusten führen mußten, ohne daß
vorübergehend aus ihnen irgendwelche Vorteile erwuchsen. Die
für dies eigentümliche Gebahren gab die Kranke selbst; danach
die gefahrvollen spannenden Situationen, die diese Unternehmunge
brachten, die beständige Angst vor Entdeckung, das Geheime, V
Abenteuerliche ihres Tuns, das auf die Kranke einen unwiderstehl
ausübte. Mithin eine absonderliche Variante der Spielsucht.

Im Anschluß an diesen Fall erörtert Vortr. die Bedeutung e
verwandter Störungen bei Degenerierten. (Auto

Digitized by Google

Der Vortrag erscheint in extenso in der Monatsschrift für

Diskussion: *Weygandt*-Würzburg erinnert an den physiologisc
eltrieb des Kindesalters. Auch werden Fälle von krankhafter Kauf
nd der Gravidität beschrieben. Bei Sammlern ist der stärkste T
ch auch nicht die Freude am Besitz, sondern am Zusammenbrin
ner Sammler hat, nachdem er eine größere Sammlung zusamn
cht, alles wieder verschleudert, um zu einem anderen Gebiet
elns überzugehen.
Kraepelin weist darauf hin, daß im vorliegenden Falle ein Sammelt
reude am Besitz, durchaus gar nicht in Frage kam, da die Kranke
ften Gegenstände meist gar nicht ansah. Kennzeichnend war ihre
ng, daß sie ihre Schulden nicht aus Angst, sondern in dem Wun
nwiegen habe, sich die Rückkehr zu ihrem Treiben offen zu halten.
Warenhausdiebinnen, deren forensische Beurteilung neuerdings im
an uns herantritt, liegen die Dinge insofern offenbar wesentlich and
er die Verführung durch die frei daliegenden Waren die Hauptrolle
n scheint.
Um 11¼ Uhr vormittags schloß *Karrer* die Versammlung mit ei
an die Teilnehmer derselben, insbesondere an die Vortragenden.
Nachmittags fanden gemeinsame Ausflüge nach Veitshöchheim und n
eck mit Besichtigung der dortigen Kreisirrenanstalt statt.

Brandl, II. Schriftführe

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, heraı
von *Ploetz* in Verbindung mit *Nordenholz*, *Plate* und *Thurnwald*
Verlag der Archivgesellschaft. Jährlich 6 Hefte von je 140—180
20 Mark.

Das Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, welches zı
1907 seinen vierten Jahrgang antritt, verdient in psychiatrischen Kı
höchste Beachtung. Wir Irrenärzte werden ja tagtäglich in Kontakt
mit den Produkten der psychischen Degeneration des Volkes; un
drängt uns direkt darauf hin, unser Augenmerk den Erscheinungen
artung zuzuwenden, ihren Ursachen und Folgen und auch den Mitteln
zu schaffen. Im engen Rahmen der psychiatrischen Forschung la
aber diese Dinge, welche mit der Frage der Vererbung im inni
sammenhange stehen, nicht genügend studieren. Beobachtungen a
Gesellschaften bildenden Lebewesen, Versuche an solchen, welch
facheren Verhältnissen leben, historische Nachforschungen müssen he
werden, um die äußerst schwierigen aber auch außerordentlich inte
und wichtigen Probleme unserem Verständnis und einer richtigen Lös
zu bringen. Das Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie ha
Aufgabe gemacht, allen diesen Bestrebungen als gemeinsames Forum
Das Wesen von Rasse und Gesellschaft und ihr gegenseitiges Verh
erforschen, die biologischen Bedingungen ihrer Erhaltung und Ent
sowie die grundlegenden Probleme der Entwicklungslehre kennen
bezeichnen die Herausgeber als vornehmsten Zweck ihrer Zeitsch
derselben arbeiten Mediziner, Juristen, Philosophen und Naturwisser
und es ist gerade für den Psychiater, welcher bei seiner sonstigen di
Inanspruchnahme aus der Flut seiner engeren Fachliteratur kaum
auszusehen vermag, ein wahrer Gewinn, von Zeit zu Zeit aus eine
schaftlichen Zeitschrift wie der vorliegenden zu entnehmen, wie and
die Fragen in Angriff nehmen und beurteilen, mit denen sich zu bes
ihm Bedürfnis und Pflicht ist.

Unter den Originalarbeiten der beiden letzten Jahrgänge, w
Interesse des Irrenarztes ganz direkt beanspruchen müssen und die

ychiater zu Verfassern haben, hebe ich beispielsweise hervor: *Schal*
Die soziologische Bedeutung des Nachwuchses der Begabteren un
chische Vererbung; *Diem*, Die psycho-neurotische erbliche Belastun
istesgesunden und der Geisteskranken: *Jörger*, Die Familie Zer
Uneheliche Abkunft und Degeneration: *Dräseke*, Gehirngewicht un
enz: *Claassen*, Die Frage der Entartung der Volksmassen auf Grun
schiedenen Maßstäbe der Vitalität. — Jedes Heft bringt ferner zu
ır einläßliche kritische Besprechungen von Arbeiten, welche das vo
tschrift vertretene Gebiet berühren, sowie kleinere sachbezüglich
, so daß der Leser sicher ist, über alles, was in Rassen- und Gesel
iologie geschrieben wird, auf dem laufenden erhalten zu bleiben.

Koller.

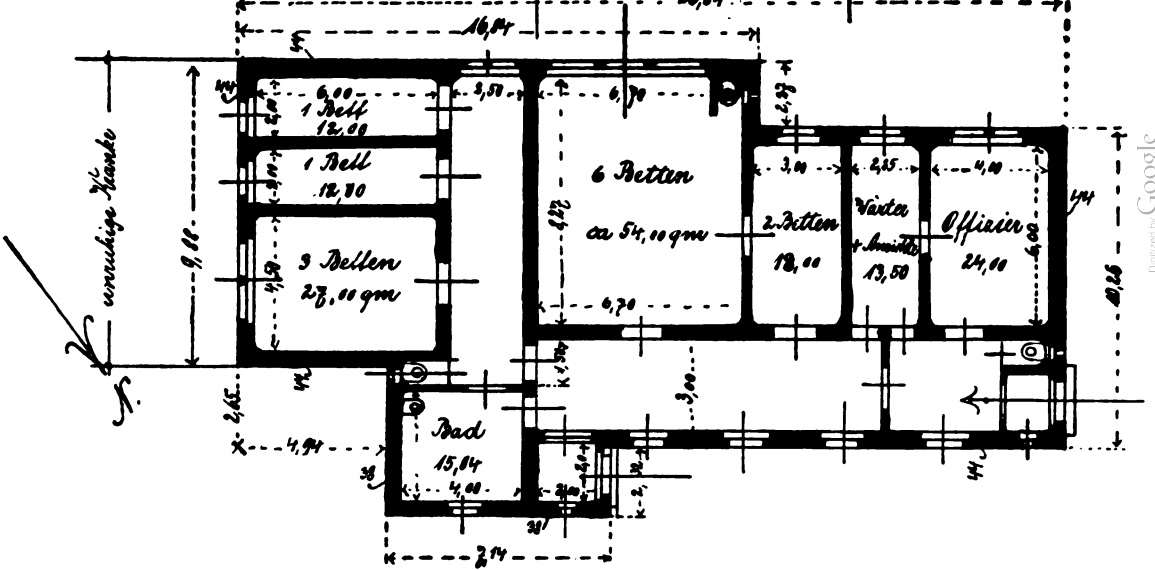
---

angenhagen. — Eine Beobachtungsstation für Geisteskranke
ung mit der Provinzial-Idiotenanstalt Langenhagen bei Hannover i
Stadt Hannover eingerichtet worden. Bisher befand sich eine solch
htungsstation im städtischen Krankenhause III. Die neue Beobachtung
enthält 50 Krankenbetten. Der ärztliche Dienst wird von den Ärzte
otenanstalt versehen.

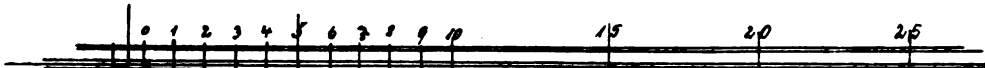
---

bteilung für Geisteskranke in Militärlazaretten. — Geiste
Militärpersonen werden in der Regel unverzüglich in Irrenanstalte
ührt, wo sie tunlichst bis zu ihrer Entlassung aus dem Heere un
ernahme seitens ihrer Angehörigen oder Gemeinden usw. verbleibe
ür besondere Fälle, z. B. bei Verzögerung der Aufnahme der Kranke
solche Anstalt, bei voraussichtlich vorübergehenden Erregungs- un
ionszuständen, oder bei nur vermuteter Geisteskrankheit ist indesse
tweise Behandlung in den Lazaretten nicht zu umgehen.
e älteren zu diesem Zwecke in den Garnisonlazaretten vorhandene
entsprechen größtenteils nicht den modernen psychiatrischen Grun
sie bedürfen vielmehr einer wohnlicheren Einrichtung, insbesonde
r ihnen noch vielfach anhaftende zellenartige Charakter beseiti

e hierzu erforderlichen Maßnahmen sollen zunächst in etwa 1
ten des Reichs ausgeführt werden.
erner ist beabsichtigt, in mehreren größeren Garnisonen — möglichst a
es Generalkommandos — besondere Stationen für etwa je 12 Geiste
aus den nächstgelegenen Korpsbezirken zu errichten und sie d
psychiatrisch besonders vorgebildeter Sanitätsoffiziere zu unterstelle
as Pflegepersonal wird vorher in Irrenanstalten ausgebildet werde
nächst ist die Einrichtung von zwei besonderen Geisteskranke



Erdgeschoß.



Digitized by Google

neu erbaut. Der in der Ausführung begriffene massive eingeschossi
enthält entsprechend der beigefügten Grundrißskizze

a) für ruhige Kranke

kenstube mit 6 Betten und Klosett
„ „ 2 „
isamen Tageraum mit Windfang als Gartenausgang
iers-Krankenstube mit kleinem Tageraum, Windfang als Gartenausga
und Klosett;

b) für unruhige Kranke

kenstuben für je 1 Bett
„ „ 3 Betten
raum und Klosett;

c) für beide Abteilungen gemeinsam

raum mit Klosett, 1 Wärterstube.
ie zweite Station wird im Garnisonlazarett Straßburg i. E. —
Obergeschoß des westlichen Flügels im Gebäude D — unter V
g verfügbarer Krankenstuben für 11 Betten, im übrigen wie in d
eichneten Skizze angedeutet, eingerichtet,
ie erforderlichen Geldmittel sind zum Teil bereits durch den E
6 bewilligt; der Rest wird durch die Etats für 1907 und folgen
efordert werden.
ine dritte Station soll in dem gleichen Umfange wie die in Pos
n geplanten Neubau eines Garnisonlazaretts in Magdeburg errich
.
s besteht die Absicht, auch künftig bei Neubauten großer Lazare
Sonderstationen zu errichten.

---

abellen zum Vortrag des Herrn Dir. Dr. *Vocke*-Eglfin
die Lage des irrenärztlichen Standes (s. dieses Heft S. 87
abelle I enthält die Gehaltsregulative der Oberärzte nebst einer Z
nstellung der Gehaltssummen in 16 Dienstjahren und des durchschni
Jahresbezuges während dieser Zeit.
abelle II gibt dieselbe Zusammenstellung für die Direktoren.
ür die Provinzen Sachsen, Hessen und Holstein liegen mir Angab
ie Art der Dienstalterszulagen nicht vor.
er Kreis Oberbayern hat im Prinzip für die zwei Anstaltsdirektor
e Gehalt normiert wie die fünf Kreise Bayerns sub Nr. 18; die d
Direktoren sind jedoch für ihre Person im fünften Dienstjah
Regulativklasse II bzw. III eingereiht worden.

personal und den Ausgaben für dieses seit 25 Jahren im Königreic

Tabelle IV bringt eine Zusammenstellung der Ausgaben an und Pensionen für Ärzte seitens der einzelnen Kreis-Irrenanstalte in den letzten 25 Jahren.

Tabelle V gibt eine Übersicht über die Verteilung der aus Pensionssummen auf Direktoren, Oberärzte und Assistenzärzte Ärzte, Witwen und Waisen anderseits.

Da die Anstaltsärzte stets dekretmäßige Nebenbezüge habe ihre Pension im ersten Dienstesdezennium 80, ab zweitem Dezenn des Bargehaltes in Bayern.

In den preußischen Anstalten hat der Arzt nach zehn Di Anspruch auf eine Pension im Betrage von $^{15}/_{60}$ seines Einkomm Pension steigt mit jedem weiteren Dienstjahr um $^{1}/_{60}$ bis auf $^{45}/_{60}$ d nach 40 Dienstjahren. Hierbei wird aber meist die gesamte in Krankenhäusern, pathologisch-anatomischen Instituten und beim M Arzt verbrachte Dienstzeit angerechnet; außerdem wird die Pe Gehalt und Nebenbezug berechnet. Z. B. es ginge in Provinz Br ein Direktor mit einer Gesamtdienstzeit von 35 Jahren, wovon 21 Direktor, in Pension. Sein Gehalt beträgt 8400 M., der pensionsf schlag seiner Nebenbezüge 1200 M. Seine Pension berechnet sic

$$\frac{40}{60} \cdot (8400 + 1200) = \frac{4}{6} \cdot 9600 = 6400 \text{ M.}$$

oder 76,2 % des zuletzt bezogenen Bargehaltes — gegen 90 % in

Die Witwen erhalten in allen Fällen 40 % der Pension de sei es, daß er in Aktivität oder im Ruhestande gestorben ist; Waisen $^{1}/_{5}$, Doppelwaisen $^{1}/_{3}$ der Witwenpension.

Im vorliegenden Beispiel erhielte somit nach dem Tode des E die Witwe $\frac{40}{100} \cdot 6400 = 2560$ M. 40 % der Pension = 30 % Aktivitätsgehaltes; in Bayern erhält die Witwe nur 20 % der Pen 20 % des letzten Aktivitätsgehaltes, je nachdem der Ehemann im stande bzw. in Aktivität stirbt.

Digitized by Google

Bezirk	Anfangsgehalt	Endgehalt		Dienstalterszulagen	Dauernde Zulagen für I. Oberärzte	Gesamtbezüge in 16 Dienstjahren als Oberarzt	Jährliches Einkommen in 16 Dienstjahren, wovon die Hälfte der Jahre als I. Oberärzte
	M.	M.	ab ? Dienstjahren		M.	M.	M.
Staat Hamburg....	7200	9000	13	4jährig; 3 à 600 M.	—	129 600	8100
Stadt Berlin	5000	?	?	1mal 4jähr.; dann 6jähr. à 500 M.	1000	89 000	5562 bzw. 6062
„ Leipzig	5200	6700	16	3jährig; 5 à 300 M.	—	93 700	5856
Prov. Brandenburg.	4300	5900	13	3jährig; 4 à 400 M.	500	82 400	5180 bzw. 5430
„ Rheinland ...	4200	5400	13	2jährig; 6 à 200 M.	—	78 000	4875
„ Westfalen ...	4200	5400	13	3jährig; 4 à 300 M.	—	77 400	4838
„ Hannover ...	4000	5400	16	3jährig; 4 à 300, 1 à 200 M.	—	74 400	4650
„ Ostpreußen..	3500	5500	13	3jährig; 4 à 500 M.	—	73 000	4562
Kreis Oberbayern..	4080	5160	ab 16	5jährig; 3 à 360, dann à 180 M.	—	71 760	4485
Prov. Schlesien....	3600	6000	19	3jährig; 6 à 400 M.	—	71 600	4475
„ Pommern ...	3000	6000	22	3jährig; 2 à 500, 5 à 400 M.	600	64 300	4014 bzw. 4314
Kreis Schwaben ...	3720	4800	ab 16	wie Oberbayern	—	66 000	4125
Prov. Posen	3300	5400	22	3jährig; 7 à 300 M.	—	63 300	3956
„ Westpreußen	3000	5000	16	3jährig; 5 à 400 M.	600	62 000	3875 bzw. 4175
Kgr. Württemberg .	3000	4600	13	3jährig; 4 à 400 M.	—	61 600	3850
Kreise Pfalz, Niederbayern, Mittel- und Unterfranken.....	3180	4260	ab 16	wie Oberbayern	in Erlangen 180	57 360	3585
Kreis Oberpfalz ...	3000	3900	ab 16	1mal 360 M. nach 3 Jahren, dann 180 M. n. 5, 10, 15, 20 Dienstjahren	—	55 920	3495
						50 700	3169

	Bezirk	Gehalt M.	M.	ab ? Dienstjahren	Dienstalterszulagen	in 21 Dienstjahren als Direktor M.	in 21 Dienstjahren als Direktor M.	Bemerkungen
1	Stadt Leipzig	12 000		—	ohne	252 000	12 000	
2	Staat Hamburg	11 000		—	ohne	231 000	11 000	
3	Stadt Berlin	10 000		—	?	210 000	10 000	
4	Kgr. Sachsen (jetzt)	7200	9600	unbestimmt	nach Füglichkeit	176 400	8 400	
5	Prov. Sachsen	6000	9000	?	?	ca. 162 300	ca. 7 730	
6	„ Brandenburg	6000	8400	13	3jährig; 4 à 600 M.	158 400	7 543	
7	„ Rheinland	5000	9000	17	2jährig; 8 à 500 M.	153 000	7 286	
8	Kgr. Sachsen (bisher)	6000	8400	unbestimmt	nach Füglichkeit	151 200	7 200	
9	Prov. Posen	5400	9000	19	3jährig; 6 à 600 M.	151 200	7 200	
10	„ Hannover	6000	7500	10	3jährig; 3 à 500 M.	148 500	7 071	
11	„ Hessen	5600	8000	?	?	ca. 147 000	ca. 7 000	
12	„ Ostpreußen	5000	8000	13	3jährig; 4 à 750 M.	145 500	6 930	
13	„ Pommern, Schlesien	5200	8500	19	3jährig; 3 à 600, 3 à 500 M.	145 200	6 914	
14	„ Westfalen	5000	8000	16	3jährig; 5 à 600 M.	141 000	6 714	
15	„ Holstein	5500	7500	?	?	ca. 140 700	ca. 6 700	
16	Kgr. Württemberg	5400	7000 unbegrenzt	16	3jährig; 4 à 300, 1 à 400 M.	132 000	6 286	
17	Kreis Pfalz	5360	6620 unbegrenzt	ab 21		124 620	5 934	
18	5 Kreise Bayerns	4920	6180 unbegrenzt	ab 21	5jährig; 3 à 360 M. dann à 180 M.	115 380	5 494	

Digitized by Google

Tabelle III.

Krankenzahl, Ärztezahl

und

usgaben für Ärzte in den Jahren 1880 und 1905.

Es betrug	im Jahre 1880	im Jahre 1905	Gegen 1880 demnach in Prozenten	
			Mehrung	Minderung
kenzahl in allen bayer. nstalten	3 151	7 506	138	—
l der Aufnahmen	1 029	2 500	143	—
nme aller Verpflegten hr	4 180	10 006	139	—
l der Direktoren	8	10	25	—
„ Oberärzte	7	14	100	—
„ Assistenzärzte	15	40	167	—
l aller Ärzte	30	64	113	—
	M.	M.		
me der jährlichen Aus- für Ärzte	114 600	171 400	50	—
n die Ausgabe für 1 Arzt ch	3 820	2 680	—	30
Kranken des Durch- tsstandes jährlich	36,37	22,83	—	37,2
opf aller Verpflegten	27,41	17,14	—	38

Digitized by Google

an Ärzte und Relikten von Ärzten in den Jahren 1881—1905.

Name der Anstalt	Summa der Gehälter an Ärzte		Anschlag der Nebenbezüge der Ärzte		Gesamtaufwand für Ärzte		Pensionen an Ärzte und Hinterbliebene von Ärzten		Bemerkungen
	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	
München-Eglfing ...	403 179	3	117 150	—	520 329	3	29 238	19	Als Anschlag für Nebenbezüge w
Gabersee.....	226 581	78	58 400	—	284 981	78	4 725	—	den für sämtliche Anstalten gleichen Werte in Anrechnu
Deggendorf.....	239 358	—	50 000	—	289 358	—	3 511	—	gebracht, und zwar:
Klingenmünster	337 235	33	85 500	—	422 735	33	57 396	83	900 M. für Wohnung, Beheizung u bei den Direktorstellen;
Karthaus-Prüll	254 204	37	59 400	—	313 604	37	72 461	18	600 M. für desgleichen bei den Ob arztstellen;
Bayreuth.....	298 829	22	69 450	—	368 279	22	20 370	—	400 M. für desgleichen bei den v heirateten Assistenzärzt
Erlangen.....	390 414	1	94 600	—	485 014	1	26 409	20	900 M. für freie Station I. Klas der ledigen Assistenzärz
Werneck	348 899	10	49 500	—	398 399	10	26 744	50	300 M. für freie Station I. Kl. ex Kost d. ledig. Assistenzärz
Kaufbeuren-Irsee...	467 912	10	68 700	—	536 612	10	21 307	39	600 M. für freie Verköstigung ledigen Assistenzärzte.
	2 966 612	94	652 700	—	3 619 312	94	262 163	29	

Tabelle V.

ung der 1881—1905 von bayerischen Kreis-Irre
en ausbezahlten Pensionen an Ärzte, ärztliche P
likten nach dem Stande der Empfänger.

Pensionisten	Zahl der Pensionisten	Pensionsdauer		Summa der Pensionsbeträge		Prozent der Gesamtpensionen	Bemerkungen
		Jahre	Monate	M.	Pf.		
n	6	14	11	67 852	32	26	
-Witwen	10	133	4	150 605	80	57,4	
-Waisen	9	38	6	7 204	60	2,7	
Summa	25	186	9	225 662	72	86,1	
.....	2	5	9	15 694	—	6	
Witwen.....	2	17	6	10 244	—	3,9	
Waisen.....	3	5	4	1 025	7	0,4	
Summa	7	28	7	26 963	7	10,3	
Ärzte	1	—	11	1 809	50	0,6	
Ärzt-Witwen..	1	14	—	7 728	—	3,0	
Summa	2	14	11	9 537	50	3,6	
Total-Summa	34	230	3	262 163	29	100	
.....	9	21	7	85 355	82	32,6	
.....	13	164	10	168 577	80	64,3	
.....	12	43	10	8 229	67	3,1	
Summa	34	230	3	262 163	29	100	

---

nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psy-
wird am 26. u. 27. April 1907 in Frankfurt a. M. und Gießen
n. Es sind folgende Referate vorgesehen: 1. Die Gruppierung der
Ref.: *Alzheimer*-München und *Vogt*-Langenhagen. 2. Der ärztliche
s für psychiatrische Anstalten; Ref.: *Siemens*-Lauenburg. 3. Die
g des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung; Ref.: *Kluge*-Potsdam
ag der Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge). —
en sind bisher angemeldet: 1. *Hübner*-Bonn: Über Geistesstörungen

im Greisenalter. 2. *Sioli*-Frankfurt a. M.: Die Beobachtungsabteil
Jugendliche bei der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. 3.
Frankfurt a. M.: Die Grundlagen der Trunksucht. 4. *Knapp*-Halle: Kö
Erscheinungen bei funktionellen Psychosen. 5. *E. Meyer*-Königsber
suchungen des Nervensystems Syphilitischer. 6. *H. Liepmann*-Berlin:
zur Aphasie- und Apraxie-Lehre. — Weitere Anmeldungen werden
an San.-R. Dr. *Hans Laehr* in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerl
Die endgültige Einladung erfolgt Ende März.

Die Heinrich Laehr-Stiftung hat durch Allerhöchsten Er
23. April 1906 die landesherrliche Genehmigung erhalten. Damit ist fü
Jahre die Möglichkeit gesichert, psychiatrische Bestrebungen wissensch
und praktischer Art durch reichlichere Geldmittel zu unterstützen, a
dem Deutschen Verein für Psychiatrie zur Verfügung standen. Dies ist
freilich nur eine Anweisung auf die Zukunft, aber der Eintritt jener erf
Wendung kann beschleunigt werden. Die Unterzeichneten, welch
letzten Vorstandssitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie
Verwaltung der Stiftung betraut worden sind, halten daher die
gekommen, den Kollegen eine Übersicht über den jetzigen Stand der A
heit zu geben.

Die Stiftungsurkunde lautet wörtlich:

1. Zum Andenken an mein 60jähriges Doktorjubiläum und das
Bestehen meiner Heilanstalt will ich, Geh. Sanitätsrat Professor Dr.
Laehr in Zehlendorf, hiermit eine selbständige, rechtsfähige Stiftung
und diese mit einem Kapitale von 50000 M. ausstatten, welches ich in
sicheren Papieren den Stiftungsorganen binnen einem Monat nach e
staatlicher Genehmigung auszuzahlen verspreche. Die Stiftung
Namen „Heinrich Laehr-Stiftung“ führen und ihren Sitz in Berli

2. Die Stiftung soll den Zweck haben, die Bestrebungen zur F
der Psychiatrie nach ihren wissenschaftlichen und praktischen S
durch Gewährung von Geldmitteln zu unterstützen. Sie soll insb
Preisaufgaben stellen, durch Preise bereits erschienene Arbeiten aus
Gelder zu Studienreisen bewilligen, zur Anstellung kostspieliger
schaftlicher oder praktischer Untersuchungen oder für die Herausg
spieliger Werke Beihilfe gewähren, durch öffentliche Vorträge, d
Tagespresse zur Aufklärung in den breiten Schichten der Bevölke
tragen und Vorurteile beseitigen helfen, sowie der Gesetzgebu
Arbeiten aus fachärztlichen und juristischen Kreisen zu Hilfe kom

3. In welcher Weise dieser Zweck im einzelnen zu erreiche
dem Vorstande der Stiftung zu bestimmen überlassen. Die Stif
befugt sein, anderweite Kapitalszuwendungen anzunehmen und da
Vermögen zu vergrößern.

Digitized by Google

. Die Zinsen dürfen nicht eher verausgabt werden, als bis das Kapi
mme von 100000 M. erreicht hat. Auch später dürfen nur die Zins
pitals und der über 100000 M. hinausgehenden Kapitalsbeträge verwen
.

. Die Bewilligung von Ausgaben geschieht durch den Vorstand
g. Die nicht in einem Jahre verwendeten Zinsen werden zum Kapit
hlagen, können aber auch später noch Verwendung für Stiftungszwe

. Der Vorstand der Stiftung soll aus 3 Personen bestehen, deren e
Lebenszeit sein soll. Die übrigen und nach meinem Tode sämtlic
ndsmitglieder werden, und zwar auf 5 Jahre, aus der Zahl der Mitglie
utschen Vereins für Psychiatrie durch dessen Vorstand gewählt.
t über die Stiftung soll unbeschadet des staatlichen Aufsichtsrech
utsche Verein für Psychiatrie führen, sobald er die Rechtsfähigkeit
agener Verein erlangt hat.

. Der Vorstand der Stiftung legt dem Vorstande des Deutschen Vere
chiatrie alljährlich Rechnung ab. Letzterer erstattet sodann der Jahr
mlung dieses Vereins über den Stand der Stiftung und über Verwend
rausgabten Summe Bericht, wonach die Jahresversammlung die E
zu beschließen hat.

. Bei Auflösung des Deutschen Vereins für Psychiatrie gehen
isse der Vereinsmitglieder und seines Vorstandes auf die Mitglie
en Vorstand eines anderen Vereins über, der gleichen oder ei
en Zweck verfolgt, und der vom Vorstande des Deutschen Vereins
atrie vor dessen Auflösung zu bestimmen ist. Erfolgt eine sol
mung nicht, so erfolgt sie durch die staatliche Aufsichtsbehörde.

. Das Stiftungskapital und etwa ihm zuwachsende Gelder müssen st
delsicheren Papieren angelegt sein.

ehlendorf, den 18. Oktober 1904.

Prof. Dr. Heinrich Laehr
Geh. Sanitätsrat.

u den in dieser Urkunde festgesetzten 50 000 M. kamen noch 2435
d 5000 M. in 3% preuß. Konsols aus der Kasse des Deutschen Vere
chiatrie, da dieser bereits im April 1904 5000 M. und im April 19
06 je 1000 M. für die Stiftung bewilligt hatte und diese Summen
en zinstragend angelegt waren. So konnten denn am 20. Novem
n das Preußische Staatsschuldbuch

53 000 M. 3½% preuß. Konsols[1]) und
5 000 „ 3 „ „ „

chschuld zugunsten der Heinrich Laehr-Stiftung eingetragen werd

[1]) Der Stiftungsvorstand hatte übernommen ..... 52 435,—
Es wurden gekauft 53 000 M. 3½% preuß. Konsols für. 52 380,85
bleiben übrig: 54,15

Google

ftung auf 100 000 M. angewachsen sein und damit die Zinsen fr
ndbar werden. Die Karenzzeit würde sich auf etwa 13 Jahre verri
m der Deutsche Verein für Psychiatrie auch fernerhin jährlich 1
die Stiftung bewilligen sollte. Um aber früher die für viele Zweck
ünschte Hilfe gewähren zu können, bedarf die Stiftung weiterer
tzung, und wir hoffen, daß sich unter den Mitgliedern des Deu
eins für Psychiatrie Förderer des gemeinnützigen Unternehmens
rden. In diesem Zutrauen wissen wir uns eins mit dem verstorben
er der Stiftung, denn dieser betrachtete seinen Beitrag nur als den
rechnete mit Sicherheit darauf, daß seinem Vorgang viele Kolle
h ihrem Vermögen folgen würden. Er hoffte sogar, daß auch aus
chiatrischen Kreisen Beiträge einem so segensreichen Zwecke zu
rden.

Beiträge für die Heinrich Laehr-Stiftung bitten wir an
nkier Herrm. Paasch, Berlin C., Poststraße 31, zu se
sich zu ihrer Annahme freundlichst bereit erklärt hat.

Der Vorstand der Heinrich Laehr-Stiftung.

Moeli. *Siemens.* *Hans Laehr.*

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein sind beigetreten:

die Bezirksanstalt zu Rufach, Oberelsaß und
die Landesheilanstalt in Kremsier, Mähren.

Dagegen ist in dem kürzlich versandten Verzeichnis fälschli
talt Meerenberg in Holland beibehalten worden; nach Mitteilu
tigen Direktion war der frühere Anstaltsdirektor nur für seine Pers
ein beigetreten.

Personal-Nachrichten.

Franz Meschede-Königsberg, Geh. Med.-Rat u. Prof., feierte am 2
sein 50jähriges Doktorjubiläum.

Ernst Meyer-Königsberg, bisher ao. Prof., ist ord. Prof.,

Alois Alzheimer, Priv.-Doz., ist Oberarzt an der Psychiatr. Kli
München geworden.

Berth. Pfeifer, 1. Ass.-Arzt der psychiatr. Klinik zu Halle, hat si
Priv.-Doz. habilitiert.

Digitized by Google

. Mendel, Prof., Berlin-Pankow, hat den Titel Geh. Med.-Rat,

l. Knecht, Dir. d. Prov.-Anstalt Ückermünde: Geh. San.-Rat,

ust. Rabbas, Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr.,

rnh. Schauen, Dir. d. Prov.-Anstalt Schwetz W.-Pr., und

olf Schreiber, Oberarzt d. Prov.-Anstalt Düren haben den Titel Sa
tätsrat,

erm. Determann, Priv.-Doz., dir. Arzt des Kurhauses St. Blasien,
Titel Hofrat erhalten.

l. Räcke, Priv.-Doz., Oberarzt d. Psychiatr. Klinik zu Kiel ist
Prädikat Professor beigelegt worden.

t. Brückner, Geh. San.-Rat, Dir. d. Prov.-Anstalt Kreuzburg O.-Sc
hat den preuß. Kronenorden 3. Kl. erhalten.

ul Flechsig, o. Prof., Dir. der Irren- und Nervenklinik zu Leipzig,
zum Mitglied des Conseil d'administration de l'Institut psycho
gique in Paris erwählt worden.

Digitized by Google

tglieder des Deutschen Vereins für Psychia
E. V.

Vorstand:

. Med.-R. Prof. Dr. **C. Moeli**, städt. Anstalt Herzberge, Lichter bei Berlin, Vorsitzender.
. Med.-R. Dr. **Fr. Siemens**, Dir. d. Prov.-Anstalt Lauenburg (Pom Schatzmeister.
. Med.-R. Prof. Dr. **Ed. Hitzig**, Halle a. S., Wilhelmstr. 8.
rat Prof. Dr. **Em. Kraepelin**, München, Psychiatr. Klinik.
.-R. Dr. **H. Kreuser**, Dir. d. Landesanstalt Winnental zu Winn (Württ.).
. Med.-R. Prof. Dr. **C. Pelman**, Bonn a. Rh., Kaufmannstr. 83.
.-R. Dr. **Hans Laehr**, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn, Schriftführer.

C. G. Ackermann, Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein bei Pirn Sachsen).
Adams, Oberarzt, Prov.-Anstalt Johannisthal bei Süchteln, Rheinp
.-R., Dr. **Adler**, 2. Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
P. Albrecht, Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. d. Rega.
f. Dr. **K. Alt**, Dir. d. Prov.-Anstalt Uchtspringe (Altmark).
. San.-R. Dr. **W. Alter**, Dir. d. Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
.-Doz. Dr. **Al. Alzheimer**, Oberarzt, Psychiatr. Klinik zu Münch
F. Angerer, Wien III, Heilanstalt Svetlin, Leonhardgasse.
f. Dr. **G. Anton**, Psychiatr. Klinik zu Halle a. S.
O. Arnemann, Landesanstalt Groß-Schweidnitz, Kgr. Sachsen
f. Dr. **G. Aschaffenburg**, Köln a. Rh., Mozartstraße 11.
B. Ascher, Berlin W., Jägerstr. 18II.
Fr. Ast, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing bei München.
Backenköhler, Dir. d. Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westfalen).
. Med.-R. Dr. **A. Baer**, Berlin NW., Rathenowerstr. 5.
.-R. Dr. **Barbo**, Oberarzt, Landesanstalt Pforzheim.
.-R. Dr. **Jul. Bartels**, Hameln in Hannover.
Bauer, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).

Google

. Dr. **Th. Benda,** Berlin W., Dörnbergstr. 1 II.
rzt Dr. **Benneke,** Dresden, Königsbrückenstr. 2 II.
Dr. **Berger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
ernard, dir. Arzt, Godesberg a. Rh., Haus Godeshöhe.
rnst Beyer, dir. Arzt, Volksheilstätte Roderbirken bei Leichlin
Rheinprovinz.
ieberbach, Dir., Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh. Hess
Med.-R. Prof. Dr. **Binswanger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
lachian, Oberarzt, Kreisanstalt Werneck, Unterfranken.
d. Blitz, Pankow b. Berlin, Parksanatorium.
n Blomberg, Oberarzt, Prov.-Anstalt Dziekanka bei Gnesen.
ockhorn, Oberarzt, Landesanstalt Uchtspringe (Altmark).
rnst Boeck, Dir., Landesanstalt Troppau (Österr. Schlesien).
edeker, dir. Arzt, Priv.-Anstalt Fichtenhof zu Schlachtensee b. Be
. Dr. **Boehme,** Dir., Landesanstalt Hochweitzschen b. Klosterb
(Kgr. Sachsen).
oehnig, Nervenarzt, Dresden, Hauptstraße 36 II.
oettcher, Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
olte, Oberarzt, St. Jürgenasyl zu Ellen bei Bremen.
Dr. **Bonhöffer,** Breslau, Psychiatr. Klinik.
. Dr. **Borell,** bisher Lindach bei Nordrach (Baden).
othe, Dresden, Tieckstr.
rackmann, Oberarzt an der Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen)
. Brandl, Assist.-Arzt an der Kreisanstalt Eglfing b. München.
raune, Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel.
resler, Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).
rodmann, Nervenarzt, Berlin W., Magdeburgerstr. 16 I.
M. Brosius, Sayn b. Engers a. Rh.
alter Brosius, Nervenarzt, Saarbrücken (Lothr.).
San.-R. Dr. **Art. Brückner,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kreuzburg (O.-Sc
Brückner, Ass.-Arzt d. staatl. Anstalt Langenhorn b. Hamburg
ustav Brunner, Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.
to Brunner, Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.
Dr. **Bruns,** Nervenarzt, Hannover, Lowesstr. 6.
Dr. **Buchholz,** Oberarzt d. staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hambu
n Buchka, Oberarzt, Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen
iedr. Buddeberg, Dir. d. Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
ider, Oberarzt a. d. Landesanstalt Winnental b. Winnenden (Wür
Doz. Dr. **Bumke,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
uttenberg, Dir. d. Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).
ampbell, Assist.-Arzt, Leipzig, Psychiatr. Klinik.
. Dr. **Camerer,** Referent d. Med.-Koll. zu Stuttgart.
. Caselmann, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern)

Jul. Dalber, Oberarzt, Staatsanstalt Weinsberg (Württ.)
Damköhler, 2. Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
.-Doz. Dr. **Dannemann,** Oberarzt, Gießen, Psychiatr. Klinik.
Dees, Dir. d. Kreisanstalt Gabersee, O.-Bayern.
Degenkolb, Oberarzt, Landesanstalt Roda S.-A.
Heinr. Dehio, Oberarzt, städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Deiters, Oberarzt, Prov.-Anstalt Grafenberg b. Düsseldorf.
Delbrück, Dir. d. St. Jürgenasyls zu Ellen b. Bremen.
Deutsch, Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg in Pommern.
Dieckhoff, Nervenheilanstalt Streitberg, Oberfranken.
Dietz, Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau, Großh. Hessen.
Dinter, Oberarzt, Prov.-Heilanstalt Brieg in Schlesien.
. San.-R. Dr. **Dittmar,** Dir. d. Bezirksanstalt Saargemünd (Lothr
-R. Dr. **Dluhosch,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kosten (Prov. Posen).
.-R. Dr. **O. Dörrenberg,** Kreisarzt, Soest (Westf.).
Dornblüth, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Bockenheimer Anlage
Dubbers, Dir. d. Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
. Dr. **Eckhardt,** Kiew, Rußland.
C. Economo, 2. Psychiatr. Klinik im Allg. Krankenhaus zu Wien.
-R. Dr. **C. Edel,** Dir. d. Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berlinerstr. 1
Max Edel, Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berlinerstr. 17—19.
. Dr. **Edinger,** Frankfurt a. M., Leerbachstr. 27.
-R. Dr. **von Ehrenwall,** Dir. d. Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinpr
Alfr. Ehrhardt, Priv.-Anstalt Karlshof zu Rastenburg O.-Pr.
R. Ehrhardt, Oberarzt, Staatsanstalt Winnental b. Winnenden (W
Encke, Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
H. Engelken, Dir. d. Priv.-Anstalt Rockwinkel, Oberneuland b. Br
H. Engelken, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Altscherbitz bei Schk
(Prov. Sachsen).
Fr. Erck, Landesanstalt Weilmünster (Nassau).
. San.-R. Dr. **Erlenmeyer,** Dir. d. Priv.-Anstalt Bendorf b. Col
van Erp-Taalmann-Kipp, Dir. d. Sanatoriums Arnheim, Holland
.-R. Dr. **Fabricius,** Dir. d. Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.)
Facklam, Dir. d. Sanat. Suderode a. Harz.
Franz Falk, Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein O.-Pr.
Falkenberg, Oberarzt, Städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b.
Faltlhauser, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Bayern).
von Feilitsch, Nervenarzt, Dessau, Körnerstr. 2.

Digitized by Google

. Dr. **Feldkirchner,** Dir. der Kreisanstalt Karthaus Prüll
Regensburg.
ed.-R. Dr. **Felgner,** Dir. d. Landesanstalt Colditz, Kgr. Sachsen.
Med.-R. Dr. **Franz Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Pforzheim (Bad
. Dr. **Max Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Wiesloch (Baden).
sk. Fischer, Assist.-Arzt, Prag, Psychiatr. Klinik.
nst. Flügge, Dir. d. Prov.-Anstalt Johannisthal b. Süchteln (Rheinp
Doz. Dr. **Rich. Förster,** Oberarzt, Bonn a. Rh., Prov.-Anst.
. **Fränkel,** dir. Arzt d. Privatanstalt Berolinum, Großlichterfe
bei Berlin.
riedländer, dir. Arzt d. Privatanstalt Hohe Mark b. Oberurse
Taunus.
San.-R. Dr. **Fries,** Dir. d. Prov.-Anstalt Nietleben b. Halle a. S.
rüstück, Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf, Kgr. Sachs
. **Fuchs,** Oberarzt, Landesanstalt Emmendingen (Baden).
ürer, dir. Arzt von Haus Rockenau b. Eberbach a. Neckar.
h. Füth, Arzt in Koblenz a. Rh.
allus, Oberarzt, Landesanstalt Potsdam, Leipzigerstr. 18.
Dr. **Ganser,** Dir. d. städt. Anstalt Dresden, Lüttichhausstr. 25 II
Dr. **Gaupp,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.
eelvink, 3. Arzt d. städt. Anstalt, Frankfurt a. M.
r. Geist, Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).
ellhorn, Theresienhof bei Goslar a. Harz.
ritz Gerlach, Dir. d. Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
Med.-R. Dr. **Heinr. Gerlach,** Prov.-Anstalt Münster (Westf.).
. Dr. **Gerstenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Hildesheim.
. Dr. **Gigglberger,** Wasserheilanstalt Michelstadt (Odenwald).
. Dr. **Gock,** Dir. d. Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
ötze, Landesanstalt Untergöltsch bei Rodewisch (Kgr. Sachsen).
. Dr. **Goldstein,** Sanat. Großlichterfelde, Jungfernstieg.
. Dr. **Gottlob,** Bonn a. Rh., Ritterhausstr. 26.
Grahl, Sanat. Lauenstein b. Hedemünden a. Werra.
Grabe, Oberarzt, staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
R. Prof. Dr. **von Grashey,** München, Prinzregentenstr. 18 II.
l. Groß, Dir. d. Bezirksanstalt Rufach (Elsaß).
ob. Groß, Dir. d. Landesanstalt Schussenried (Württ.).
roßmann, Oberarzt d. Landesanstalt Nietleben b. Halle a. S.
em. Gudden, Nervenarzt, Bonn a. Rh,, Buschstr. 2.
Dr. **Hans Gudden,** München, Steinsdorfstr. 2.
ed.-R. Dr. **Günther,** Dir. d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wer
dorf (Kgr. Sachsen).
Hofrat Dr. **Gutsch,** Karlsruhe, Hirschstr. 108.
Doz. Dr. **H. Gutzmann,** Zehlendorf, Johannisstr. 1.
Med.-R. Dr. **Haardt,** Dir. d. Landesanstalt Emmendingen (Baden)

H. Havemann, Oberarzt, Prov.-Anstalt Tapiau O.-Pr.
Hebold, Dir. d. städt. Anstalt Wuhlgarten b. Biesdorf-Berlin.
Hecker, Kuranstalt Wiesbaden, Gartenstr. 4.
Hegar, Landesanstalt Wiesloch (Baden).
F. Hegemann, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Münster i. W.
f. Dr. **Heilbronner,** Utrecht, Maliebaan 59.
R. Heiligenthal, Baden-Baden, Sanat. Dr. Ebers.
.-R. Dr. **C. Heimann,** Grunewald b. Berlin, Knausstr. 15—17.
Heinke, Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
von der Helm, Privatanstalt Endenich b. Bonn a. Rh.
Herfeldt, Dir. d. Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
Hermkes, Oberarzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
E. Herse, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr.
Herting, Dir. d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rhein
Herwig, Idiotenanstalt Nieder-Marsberg (Westf.).
Heß, Oberarzt d. Kahlbaumsche Privatanstalt Görlitz, Schillers
.-R. Dr. **Hesse,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
Hinrichs, Prov.-Anstalt Schleswig.
. Hofrat Prof. Dr. **Hoche,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Jos. Hock, Oberarzt, Kreisanstalten Kaufbeuren (Bayern).
Höniger, Arzt, Halle a. S., Schillerstr. 10.
l.-R. Dr. **Hösel,** Dir. d. Landesanstalt Zschadraß b. Colditz
Sachsen).
.-R. Dr. **Höstermann,** Wasserheilanstalt Marienberg b. Boppard
Imm. Hoffmann, Prov.-Anstalt Nietleben b. Halle a. S.
Reinh. Hoffmann, Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Ad. Hoppe, Oberarzt, Flammsche Privatanstalt zu Pfullingen (W
Hornung, dir. Arzt, Schloß Marbach, Post Wangen b. Konstanz.
Horstmann, Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.
Hübner, städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.
Hüfler, Nervenarzt, Chemnitz, Brückenstr. 14.
Hügel, Hülfsarzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
.-Doz. Dr. **Jahrmärker,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Marburg (Hessen
Jaspersen, Privatanstalt Schellhorner-Berg b. Preetz (Holstein).
.-R. Dr. **Jastrowitz,** Berlin NW., Alt-Moabit 131.
l.-R. Dr. **L. Jenz,** Dir. d. Bildungsanstalt f. geistesschwache Kind
Schwerin (Meckl.).
Ilberg, Oberarzt, Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. S
A. Imhof, Kreisanstalt Werneck (Unterfranken).

Digitized by Google

Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
baum, Dir. d. Privatanstalt Görlitz.
r, 2. Arzt d. Privatanstalt Neufriedenheim, Post München 12.
r. **Karrer,** Dir. d. Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
llner, Oberarzt, Landesanstalt Untergöltsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
r. **Kern,** Dir. d. Idiotenanstalt Möckern b. Leipzig.
s, 2. Arzt d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinpr.).
Kirchhoff, Dir. d. Prov.-Anstalt Schleswig.
ner, Dir. d. Prov.-Anstalt Eickelborn (Westf.).
r **Kleudgen,** Privatanstalt Obernigk b. Breslau.
e, Landesanstalt Emmendingen (Baden).
e, Dir. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).
er, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
-R. Dr. **Knecht,** Dir. d. Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
nehr, Privatanstalt Herzoghöhe b. Bayreuth.
auch, Oberarzt, städt. Siechenhaus, Frankfurt a. M., Gärtnerweg 31.
rr, Dir. d. Prov.-Anstalt Teupitz (Kr. Teltow).
r. **J. L. A. Koch,** Stuttgart-Cannstatt.
r **Emil Koch,** Rinteln, Reg.-Bez. Kassel.
Koch, Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
rlin, Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
Köhler, Oberarzt, Kreisanstalt Gabersee (O.-Bayern).
Köhler, Sanat. Hainstein b. Eisenach.
Dr. **A. Kölpin,** Bonn a. Rh., Prov.-Anstalt.
r. **König,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
örthe, städt. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
olb, Dir. d. Kreisanstalt Kutzenberg (Oberfranken).
r. **Kortum,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
ramer, Breslau, Psychiatr. Klinik, Agnesstr. 2[1].
, Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim (Großh. Hessen).
3, Privatanstalt Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
r. **Kraußold,** Dir. d. Kreisanstalt Bayreuth.
s, Oberarzt, Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
Dr. **Krell,** Dir. d. Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachsen).
e, Landesanstalt Emmendingen (Baden).
mel. Dir. d. Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
-R. Dr. **Kroemer,** Prov.-Anstalt Konradstein b. Preuß. Stargard.
Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna (Kgr. Sachsen).
t, Dir. d. Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
la, Sanat. Ahrweiler (Rheinprovinz).
Dir. d. Privatanstalt Pfullingen (Württ.).

Digitized by Google

Prof. Dr. **Max Laehr**, Dir., Haus Schönow zu Zehlendorf-Wannse
San.-R. Dr. **Gustav Landerer**, Dir., Christophsbad zu Göppingen
San.-R. Dr. **Nik. Landerer**, Dir. d. Prov.-Anstalt Andernach a. R
Hofrat Dr. **Paul Landerer**, Privatanstalt Kennenburg b. Eßlingen
Dr. **Joh. Lange**, dir. Arzt, Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
Dr. **P. Langer**, Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
Dr. **Lantzius-Beninga**, Dir. d. Prov.-Anstalt Weilmünster (Nassa
Dr. **Leop. Laquer**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Jahnstr. 42.
Dr. **Lauenstein**, Priv.-Anstalt, Hedemünden a. Werra.
Dr. **F. Lehmann**, dir. Arzt, Lindenhof zu Coswig b. Dresden.
Geh. Med.-R. Dr. **G. H. Lehmann**, Dir. d. städt. Anstalt Dösen b.
Dr. **R. Lehmann**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).
Dr. **Leonhardt**, Sanat. Waidmannslust b. Berlin.
Med.-R. Dr. **Leppmann**, Berlin NW., Kronprinzenufer 23.
Dr. **Levinstein**, Dir. d. Maison de Santé, Schöneberg-Berlin W.
Dr. **M. Liebers**, Assist.-Arzt d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **A. Lienau**, Nervenarzt, Hamburg-Eimsbüttel, 19 am Weiher.
San.-R. Dr. **Lilienstein**, Nervenarzt, Bad Nauheim.
Hofrat Dr. **Lochner**, Dir. d. städt. Privatanstalt Thonberg b. Leip
Dr. **Siegfried Löwenthal**, Arzt, Braunschweig, Bruchtorpromena
Dr. **Löwenthal**, Berolinum zu Großlichterfelde b. Berlin.
Dr. **Joh. Longard**, Heidelberg, Werrgasse 5.
Dr. **Max Lubowski**, Berlin W., Lützowstr. 48II.
Geh. Med.-R. Dr. **Ludwig**, Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
Dr. **Lückerath**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
Dr. **Lüderitz**, Dir. d. Karl-Friedrich-Hospitals, Blankenhain in T
San.-R. Dr. **Lüttich**, Oberarzt am städt. Krankenhaus, Hannover.
Dr. **Lullies**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein O.-Pr.
Dr. **M. Lustig**, Naunhof-Erdmannshain b. Leipzig.
Dr. **Luther**, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Dr. **Ludw. Mann**, Nervenarzt, Breslau, Tassenstr. 20.
Dr. **Ludw. Mann**, Nervenarzt, Mannheim, Friedrichplatz 5.
Priv.-Doz. Dr. **Al. Margulies**, Prag.
Dr. **Marthen**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
Med.-R. Dr. **Matthaes**, Dir. d. Landesanstalt Hubertusburg b. W
(Kgr. Sachsen).
Dr. **Matthes**, Dir. d. Bakteriolog. Anstalt zu Metz.
Obermed.-R. Dr. **Matusch**, Dir. d. Landesanstalt Sachsenberg b. Sc
Med.-R. Dr. **Mayer**, Dir. d. Philippshospitals zu Goddelau (Großh.
San.-R. Dr. **Mayser**, Dir. d. Landesanstalt Hildburghausen.
Dr. **Meltzer**, 1. Arzt d. Landeserziehungsanstalten f. Schwachsinn.
Chemnitz.
Digitized by Google
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **E. Mendel**, Pankow b. Berlin, Breitestr. 4
San.-R. Dr. **Merckling**, Dir. d. Prov.-Anstalt Trantow a. Rega (Po

.-R. Prof. Dr. **Meschede,** Königsberg i. Pr., Mitteltragheim 35[II].
Ernst Meyer, Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.
. Meyer, Oberarzt, Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
Möbius, Nervenarzt, Leipzig, Rosenthalergasse.
n Möller, Oberarzt, Prov.-Anstalt Plagwitz (Schlesien).
Möller, Nervenarzt, Grunewald b. Berlin, Hubertusallee 37.
a, Dir. d. Privatanstalt Franz. Buchholz b. Berlin.
n. Müller, städt. Heilanstalt Dösen b. Leipzig.
nann, Oberarzt, Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westf.).
Dr. Näcke, dir. Arzt d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
eißer, Dir. d. Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
ch, Oberarzt, Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
erger, Dir. d. Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. Neuendorff, Dir. d. Landesanstalt Bernburg, Anhalt.
in, St. Petersburg.
Nißl, Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Nitsche, Assist.-Arzt, München, Psychiatr. Klinik.
Obersteiner, Dir. d. Privatanstalt Oberdöbling b. Wien.
-R. Dr. Öbeke, Bonn a. Rh., Baumschulenallee 7.
icher, Dir. d. Privatanstalt Nieder-Schönhausen b. Berlin.
, Oberarzt, Prov.-Anstalt Ansbach (Mittelfranken).
dinger, Dir. d. Privatanstalt Rellingen b. Pinneberg (Holstein).
Oliven, dir. Arzt, Berolinum, Großlichterfelde b. Berlin.
Oppenheim, Berlin W., Lennéstr. 3.
rmannn, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (M.-Franken).
nann, Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
ld, Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).
r. Oster, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
r. Otto, städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.
-R. Overbeck, Lemgo (Fürst. Lippe).
-R. Dr. Paetz, Dir., Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
w, Nervenarzt, Meiningen.
rs, Dir. d. Privatanstalt Pützchen b. Bonn a. Rh.
r. Peretti, Dir., Grafenberg b. Düsseldorf.
r. Petersen, Dir. d. Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).
r. Peterßen-Borstel, Dir. d. Prov.-Anstalt Plagwitz (Schlesien).
Pfister, Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Pick, Prag, Psychiatr. Klinik.
gen, Kuranstalt Nassau a. Lahn.
Dr. Weilersche Anstalt, Charlottenburg-Westend, Nußbaumallee 34.
ing, Dir. d. Kreisanstalten zu Kaufbeuren (Bayern).
obst, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.

San.-R. Dr. **Rabbas,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr.
Dr. **von Rad,** Nervenarzt, Nürnberg.
Priv.-Doz. Dr. **Raecke,** Oberarzt d. Nervenklinik, Kiel, Niemann
Med.-R. Dr. **Rank,** Dir. d. Landesanstalt Weißenau (Württ.).
Dr. **Ranke,** Dir. d. Privatanstalt Obersendling b. München, Wolfr
straße 29.
Dr. **Th. Ranniger,** Oberarzt, Landesanstalt Hochweitzschen b. Kl
(Kgr. Sachsen).
Dr. **Ernst Rehm,** Dir. d. Privatanstalt Neufriedenheim b. Münc
San.-R. Dr. **Paul Rehm,** Sanat. Blankenburg a. Harz.
Dr. **J. Reichelt,** Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein b. Pi
Sachsen).
Dr. **O. Rein,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Reis,** Assist.-Arzt, Privatanstalt Neckargemünd (Baden).
Dr. **Rentsch,** Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna.
Dr, **O. Repkewitz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **P. Reuter,** Lübeck, Mühlenbrück 5a.
Dr. **Reye,** Dir. d. Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Med.-R. Dr. **Ribstein,** dir. Arzt am Landesgefängnis Freiburg i.
Dr. **Richstein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neuruppin.
San.-R. Dr. **Richter,** Dir. d. städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Riebeth,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.
Prof. Dr. **Rieger,** Würzburg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Joh. Römer,** Assist.-Arzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (B
Dr. **Karl Römer,** Nervenarzt, Hirsau im Schwarzwald
Dr. **Römheld,** Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh
Dr. **Rösen,** Oberarzt, Landesanstalt Landsberg a. W.
Dr. **Rohde,** Nervenarzt, Bad Königsbrunn b. Königstein, Sächs.
Dr. **P. Roßbach,** Oberarzt, Landesanstalt Zschadraß b. Colc
Sachsen).
Geh. San.-R. Dr. **Rubarth,** Dir. d. Prov.-Anstalt Niedermarsbe
Westf.).
Dr. **Alb. Rühle,** Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).
San.-R. Dr. **Rust,** 2. Arzt d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schw
Dr. **Yasusaburo Sakaki,** z. Z. Berlin, Alexanderufer 2III.
Dr. **Eug. Samuel,** Grunewald b. Berlin, Winklerstr. 24.
Dr. **Max Sander,** Dir. Arzt d. Beobachtungsstation d. Strafanstalt Gr
Marienwerderstr. 25.
Geh. Med.-R. Dr. **Wilh. Sander,** Dir. d. städt. Anstalt Dalldorf b.
Dr. **Friedr. Sandner,** Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Alfons Schaefer,** Dir. d. Landesanstalt Roda, S.-A.
San.-R. Dr. **Friedr. Schaefer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lengerich (W
San.-R. Dr. **Schauen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel

aumburg, Assist.-Arzt, Landesanstalt Altscherbitz b. Schkeudit
(Prov. Sachsen).
edtler, Dir. d. Landesanstalt Merxhausen (Rg.-Bz. Kassel).
eiber, Oberarzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
. Scheven, Rostock, Graf-Schackstraße 1.
n.-R. Dr. Adolf Schmidt, Dir. d. Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
lf Schmidt, Oberarzt, Landesanstalt Altscherbitz b. Schkeudit
(Prov. Sachsen).
Schmidt, Dir. d. Privatanstalt Carlsfeld b. Brehna (Prov. Sachsen)
l Schmidt, Oberarzt, Prov.-Anstalt Wunstorf b. Hannover.
m. Schmidt, Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin
t Schmidt, Nervenarzt, Dresden A., Walpurgisstr. 15.
on Schmitz, Privatanstalt, Bonn a. Rh., Lennéstr. 24.
thias Schmitz, Oberarzt, Landesanstalt Neuruppin.
st Schneider, Dir. d. Prov.-Anstalt Osnabrück.
n. Schneider, Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen)
. Schnitzer, Idiotenanstalt Kückenmühle b. Stettin.
önfeld, Privatanstalt Atgasen b. Riga.
olinus, Privatanstalt Pankow b. Berlin, Breitestr. 18/19.
edr. Scholz, Bremen, Kaplerstr. 45.
w. Scholz, Dir. d. Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Prov. Posen)
ott, Oberarzt, Landesanstalt Weinsberg (Württ.).
Dr. Schreiber, Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Schroeder, Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
z. Dr. Paul Schroeder, Oberarzt, Breslau, Psychiatr. Klinik.
ubert, Dir. d. Prov.-Anstalt Tost O.-Schl.
d.-R. Prof. Dr. Schuchardt, Landesanstalt Gehlsheim b. Rostock.
Dr. Schüle, Dir. d. Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
ürmann, Oberarzt, Landesanstalt Merxhausen (Reg.-Bez. Kassel)
z. Dr. Schütz, Privatanstalt Hartheck b. Gaschwitz-Leipzig.
ulten, dir. Arzt d. Privatanstalt Marienhaus zu Waldbreitbac
(Rheinpr.).
. Ernst Schultze, Greifswald, Psychiatr. Klinik.
odor Schulz, Ass.-Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz)
Dr. Eugen Schulze, Dir. d. Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisc
(Kgr. Sachsen).
ar Schuster, Arzt, Dresden, Bergstr. 52.
wabe, dir. Arzt, Plauen i. V., Stadtkrankenhaus.
Dr. Jos. Schweighofer, Dir. d. Landesanstalt Salzburg.
eelig, städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.
ert, Nervenarzt, Dresden, Christianstr. 8.
. Seiffer, Oberarzt, Berlin NW., Charité, Psychiatr. Klinik.
Dr. Selle, Dir. d. Prov.-Anstalt Neuruppin.
Digitized by Google

Dr. **P. Seyffert,** Privatanstalt St. Gilgenberg zu Donndorf b. Bay
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Siemerling,** Kiel, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Simon,** Dir. d. Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
Dr. **Sinn,** Berlin NW., Charité, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Sioli,** Dir. d. städt. Anstalt Frankfurt a. M.
Dr. **Franz Sklarek,** Oberarzt, städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Otto Snell,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lüneburg.
Prof. Dr. **Sommer,** Gießen, Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Specht,** Erlangen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Friedr. Stahr,** Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
Dr. **Jos. Starlinger,** Dir. d. Landesanstalt Mauer-Öhling b. Wie
Dr. **Stegmann,** Nervenarzt, Dresden A., Struvestr. 4.
Dr. **Ad. Steinhausen,** Generaloberarzt, Danzig.
Dr. **Herm. Stengel,** Arzt am Landesgefängnis Bruchsal (Baden).
Dr. **Rich. Stöckle,** Kreisanstalt Werneck (Unterfranken).
Dr. **Stövesandt,** Dir. d. Krankenanstalt Bremen.
San.-R. Dr. **Stoltenhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstei
Priv.-Doz. Dr. **Wilh. Strohmayer,** Nervenarzt, Jena.
Dr. **Subotic,** Psychiater, Belgrad (Serbien).
Dr. **Alfr. Tauscher,** Landesanstalt Hochweitzschen (Kgr. Sachse
Dr. **Tecklenburg,** Privatanstalt Tannenfeld b. Nöbdenitz S.-A.
Dr. **Tesdorpf,** München, Hildegardstr. 9.
Dr. **Teuscher,** Sanat. Loschwitz b. Dresden.
Dr. **Textor,** Dir. d. Landesanstalt Eberstadt, Kr. Darmstadt.
Dr. **E. Thoma,** Oberarzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Prof. Dr. **Thomsen,** Dr. Hertzsche Anstalt, Bonn a. Rh., Kreuzberg
Geh. Med.-R. Dr. **Tigges,** Düsseldorf, Kaiserstr. 53.
Dr. **Tippel,** dir. Arzt, Johannisberg zu Kaiserswerth a. Rh.
Dr. **Tomaschny,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Tuczek,** Marburg, Landesanstalt.
Med.-R. Dr. **Ullrich,** München, Franz Josefstr. 25.[1]
Geh. San.-R. Dr. **Ulrich,** Eberswalde.
San.-R. Dr. **Umpfenbach,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.
Dr. **Fritz Ungemach,** Oberarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Fritz Utz,** Ass.-Arzt, Kreisanstalt Ansbach.
Dr. **Veit,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berli
Dr. **Vocke,** Dir. d. Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Völker,** Dir. d. Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hannover.
Priv.-Doz. Dr. **Heinr. Vogt,** Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hanno
Priv.-Doz. Dr. **Osk. Vogt,** Berlin W., Viktoriastr. 19.
Dr. **Wachsmuth,** 2. Arzt, städt. Anstalt Frankfurt a. M., Feldstr.
Dr. **Wahrendorff,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
Dr. **Waldschmidt,** Stadtrat, Charlottenburg-Westend, Lindenallee 2

ter, Dir. d. Privatanstalt Deutsch-Lissa b. Breslau.
ke, Sanat. Friedrichsroda (Thüringen).
da, Blankenburg in Thüringen, Villa Emilia.
tenberg, Dir. d. staatl. Anstalt Lübeck.
l.-R. Dr. **Guido Weber**, Dir. d. Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna (Kgr. Sachsen).
. Dr. **Wilh. Weber**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Göttingen.
chelt, Dir. d. Anstalt St. Thomas, Andernach a. Rh.
Weiler, Ass.-Arzt. München, Psychiatr. Klinik.
is Weiler, Dir. d. Privatanstalt, Charlottenburg-Westend, Nußbaumallee 38.
. Dr. **Wendenburg**, Göttingen, Geiststr. 5.
Dr. **Karl Werner**, Dir. d. Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Werner, Oberarzt, Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
A. Westphal, Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.
W. Weygandt, Würzburg, Maxstr. 1 ptr.
mann, Arzt, Bad Harzburg.
Dr. **Wiederhold**, Kuranstalt Wilhelmshöhe b. Kassel.
Dr. **Wildermuth**, Stuttgart, Königstr. 20.
Wille, Basel.
Winckler, Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Winge, Dir. d. Landesanstalt Kristiania (Norwegen).
Winkler, Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
nlein, Oberarzt, Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
Wolff, Privatanstalt Katzenelnbogen (Nassau).
Wollenberg, Straßburg i. E., Psychiatr. Klinik.
Voltaer, Ass.-Arzt, Prag, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Würschmidt**, Dir. d. Kreisanstalt Erlangen.
th, Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).
zburger, Privatanstalt Herzogshöhe b. Bayreuth.
Dr. **Zacher**, Baden-Baden, Sanat. Ebers.
dor Zahn, Nervenarzt, Stuttgart, Degerloch.
.-R. Dr. **Zander**, Dir. d. Prov.-Anstalt Rybnik O.-Schl.
Zenker, 2. Arzt, Privatanstalt Bergquell b. Stettin.
.-R. Dr. **Wilh. Zenker**, Dir. d. Privatanstalt Bergquell b. Stettin.
l.-R. Prof. Dr. **Ziehen**, Berlin W., Charité, Psychiatr. Klinik.
mann, Oberarzt, Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Zinn, Dir. d. Prov.-Anstalt Eberswalde.

Mitglieder werden freundlichst gebeten, Änderungen ihrer Stellung, ls oder Aufenthaltsortes dem Schriftführer mitzuteilen.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZ

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER	CRAMER	v. GRASHEY	KREUSER	PELMAN
BRESLAU	GÖTTINGEN	MÜNCHEN	WINNENTAL	BONN

DURCH

HANS LAEHR

SCHWEIZERHOF

DREIUNDSECHZIGSTER BAND

LITERATURHEFT

BERLIN

W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1906

ÜBER DIE

YCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1905

REDIGIERT

VON

F. SCHUCHARDT

GEHEIMER MEDIZINALRAT UND PROFESSOR O. IN ROSTOCK

LITERATURHEFT

ZUM 63. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE

BERLIN

W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1906

Digitized by Google

. Psychologie und 2. Psychophysik.

Ref. Arthur Wreschner-Zürich.

', Erkenntnis und Irrtum. Skizzen zur Psychologie der schung. 461 S. Leipzig, Joh. Ambr. Barth.

ausführliche Besprechung dieses bedeutsamen und höchst an- Werkes aus der Feder des berühmten Naturforschers und Philo- Verf. selbst will allerdings nur als Naturforscher, nicht als Philosoph werden — würde den Rahmen der Psychologie im allgemeinen sychophysik im besonderen weit überschreiten. Es genügte daher is, daß der Verf. entsprechend seinem bekannten philosophischen te sich damit zufrieden erklärt, daß „er die bewußte psychische des Forschers als eine methodisch geklärte, verschärfte und ver- bart der instinktiven Tätigkeit der Tiere und Menschen wieder- ie im Natur- und Kulturleben täglich geübt wird". Eine Trans- rkennt er nicht an und das Systematisieren wie Schematisieren r den Philosophen, deren spezielles Gebiet er „nur als Sonntags- nstreifen" konnte. Die Grundlage des vorliegenden Werkes bildet sung über „Psychologie und Logik der Forschung". Die einzelnen die mit der am Verf. gewohnten Klarheit, Objektivität. Kritik und gkeit behandelt werden, sind folgende: Philosophisches und natur- ftliches Denken; eine psycho-physiologische Betrachtung; Gedächtnis, on und Assoziation; Reflex, Instinkt, Wille, Ich; die Entwicklung ualität in der natürlichen und kulturellen Umgebung; die Wucherung llungslebens; Erkenntnis und Irrtum; der Begriff; Empfindung, An- Phantasie; Anpassung der Gedanken an die Tatsachen und anein- er Gedankenexperimente; das physische Experiment und dessen ; Ähnlichkeit und Analogie als Leitmotive der Forschung; die das Problem; die Voraussetzungen der Forschung; Beispiele von swegen; Deduktion und Induktion in psychologischer Beleuchtung; Maß; der physiologische Raum im Gegensatz zum metrischen; zur e und natürlichen Entwicklung der Geometrie; Raum und Geometrie punkte der Naturforschung; die physiologische Zeit im Gegensatz chen; Zeit und Raum physikalisch betrachtet; Sinn und Wert der

die Erfahrung und die Veranschaulichung durch lebendige Beispi
dem Werke, dessen Schluß ein ausführliches Sachregister bildet
besonderen Reiz.

Möller, P., Die Bedeutung des Urteils für die A
Schriften der Gesellschaft für psychologische
Heft 15, S. 89—110 (III. Sammlung S. 671—692)
Ambr. Barth.

Die Täuschung bei der Aussage kommt nur zum Teil au
des Gedächtnisses, zum anderen Teile auf das der Wahrnehmu
fassung. Wahrnehmung ist eine Empfindung, die unbewu
Residuen früherer ähnlicher Wahrnehmungen verglichen wird, so
Angaben über die Eigenschaften des wahrgenommenen Objekts m
werden können. Ist letzteres möglich, dann ist das Urteil h
d. h. neben dem Objekte werden auch dessen Eigenschaften wa
und beide als zusammengehörig in Beziehung gesetzt. So viele E
erkannt werden, so viele Urteile sind hinzugetreten. Hierdur
Objekt deutlicher wahrgenommen und dem Gedächtnis besser
Auf diese Weise entsteht die Auffassung, die durch eine Verk
vermittelst der Wahrnehmung geweckten Vorstellung mit dem
Vorstellungsmaterial und ihre Verarbeitung mit Urteilsassoziatio
terisiert ist; jede Auffassung hat demnach eine materiale und fo
Falsch wird eine Auffassung durch die Diskrepanz zwischen
Vorstellung, so daß eine unrichtige Ergänzung der mangelhaften W
oder gar Empfindung eintreten muß, oder durch unrichtige ass
knüpfung. Ferner hängt die Leistungsfähigkeit der Auffassu
Schnelligkeit, wie sie namentlich durch Übung erworben wird,
zu gering, dann folgt die Auffassung den Vorgängen nicht un
Ergänzungen schon bei der Wahrnehmung oder später auf; hemm
Schnelligkeit sind auch Affekte. So kann das Urteil der Auffass
aber auch schädlich sein; letzteres ist namentlich bei Vorurteil
d. h. bei Urteilen, die vor der Auffassung bereits vorhanden s
das Objekt angewendet werden, ohne dessen Eigenschaften gen
nung zu tragen; auf diese Weise wirkt das Vorurteil unter-
schätzend und ist eine Quelle weiterer Irrtümer. In jedem Fa
Auffassung durch die Versetzung mit Urteilen subjektivistisch,
die Richtung des Subjektivismus kommt es an, ob sie dadurch
ungünstig beeinflußt wird; eine rein objektive Auffassung ist sel
subjektivistische Färbung verleiht der Auffassung ihre kulturelle
bedingt eine Art intellektueller Differenzierung der psychischen
des Individuums wie der Gattung. Die Schlußfolgerungen aus d
der Auffassung faßt Verf. dahin zusammen, daß in Zukunft auf

nahmenlich bei bewegten Objekten mehr Gewicht gelegt, den Ver-
n des Untersuchungsrichters, die unmittelbar nach der Tat erfolgen,
eutung als den Ergebnissen der Hauptverhandlung beigemessen und
en Aussagen der Sachverständigen trotz ihrer Einseitigkeit und Vor-
menheit ein besonderer Wert zuerkannt werden muß.

ld, R., Psychologische Faktoren des modernen Zeitgeistes.
riften der Gesellschaft für psychologische Forschung.
t 15, S. 1—85 (III. Sammlung S. 583—667). Leipzig,
. Ambr. Barth.

Entwicklung des deutschen Geisteslebens zeigt einen „Zickzack-
daß scharfe Antithesen entstehen, welche der historisch-vergleichen-
chtungsweise zu Hilfe kommen. Und so unternimmt es Verf., der
t die Gegenwart entgegenzustellen, um einige psychologische Fak-
modernen Zeitgeistes herauszuschälen. Gibt es doch nach ihm
individuen so gut wie persönliche Individuen". Ist nun die Malerei,
d Poesie der deutschen Klassik durch einen „zeichnerisch-
schen Typus" gekennzeichnet, so herrscht in der Gegenwart der
tisch-melodische" Typus vor; denn dort stand die räumlich-
Anschauungsform im Vordergrunde, während hier das sinnliche
bestimmend ist, — ein Unterschied, dem eine Differenz im Gefühls-
rallel geht. Je nachdem ferner das Fühlen und Wollen von dem
ch-Individuellen oder Begrifflich-Allgemeinen beherrscht wird, gibt
„konkreten" und „abstrakten" Typus, wobei zu beachten ist,
Begriffsgefühle" etwas Neues und Eigenartiges darstellen, welches
t restlos in die Gefühle der im Begriff zusammengefaßten Einzel-
gen auflösen läßt. Von diesen Annahmen ausgehend, bezeichnet
Goethezeit als abstrakte, die Gegenwart als konkrete Epoche. So-
ler Belletristik, die gegenwärtig nichts von der früheren „Gedanken-
zeigt, wie in ihren Schöpfern, wie in dem politischen und ethischen
der Gegenwart im Gegensatz zu dem früheren Idealismus, nament-
in der wissenschaftlichen Arbeitsart und ihrer Stellung zur Philo-
wobei allerdings noch die Überproduktion und der Unterschied
„positivem" und „limitierendem Urteilstrieb" in Betracht kommt,
diese Differenz. Auch im Leben der Individuen alternieren mitein-
nkrete und abstrakte Epochen: das Kind mit seiner Bevorzugung
hen befindet sich in einer halb konkreten, der Jüngling mit seinem
s in einer abstrakten, der Mann mit seinem Wirklichkeitssinn in
eiten konkreten und der Greis mit seinem religiösen Rückfall in
iten abstrakten Periode. Einen ähnlichen Entwicklungsgang zeigen
päischen Völker, und zwar verschiebt sich hierbei die Mitte der
wegung immer mehr nach dem Konkreten zu und erfährt der Rhyth-

„Mischgefühle“ zugrunde. In diesen, wie z. B. in der Lust a
Lust und Unlust zur Einheit verbunden, während sie in de
mischung“ mehr nebeneinander bestehen. Es gibt zwei Klassen
gefühlen, die „prickelnden“, z. B. bei der Schadenfreude oder b
einer juckenden Hautstelle, und die „ruhigen“, z. B. Verehrung.
sehr intensiv durch den Simultankontrast der Gefühle, diese si
Tiefe relativ schwach, da die kontrastierenden Gefühle hier zu
gegenseitig schwächenden Ausgleich gekommen sind; die letzt
daher mehr den Charakter der Ruhe, Neutralität und „Verletzlichl
kommt die Intensität der Unlust in Betracht; diese ist geri
prickelnden, schon größer bei den ruhigen Mischgefühlen und
bei der bloßen Gefühlsmischung; aber deshalb bedingt noch nich
eine Änderung in der Stärke des Unlustgefühls stets ein Hervort
drei Formen von koexistierenden Gefühlen. Jedenfalls aber ist
begreiflich, daß oft erst durch Abstumpfung und Gewöhnung
gemildert werden muß, bevor ein lustvolles Mischgefühl entst
dieser Abstumpfung sind am zugänglichsten einfache Vorstellunge
Lust im Gegensatz zur seelischen), schwache Gefühle (fade Speis
und für die Erzeugung bestimmter Gefühle reservierte Eindrück
tessen) und weiche Gefühle (sentimentale Dichtungen); die prick
fühle stumpfen sich wegen ihrer Stärke, Härte und Schärfe am sp
Unsere Zeit zeigt nun eine „Hypertrophie“ der prickelnden
Abnahme der ruhigen Mischgefühle. Für diesen Satz beru
auf die gegenwärtige Vorliebe für die Disharmonie in der Malerei
für die Operette, den Schwank und das Lustspiel, für den Witz,
für den gepfefferten im Gegensatz zu dem gemilderten aber de
weniger beliebten Humor, für das Sensationelle und Aufregende,
namentlich die Presse und Reklame abgestimmt ist, für das My
Okkulte, für den psychologischen Roman ohne Handlung, für den
für künstlerische Gegensätze, für die Darstellung des Kranken,
Häßlichen und Verbotenen, für den Kampf und die Opposition
auf politischem und kirchlichem Gebiete um ihrer selbst wille
lascive Literatur usw., ja auch die Abnahme von Büchern zuguste
schriftenartikeln muß als Beleg herhalten. Die Abstumpfung
Mischgefühle äußert sich namentlich in der Abneigung gegen Rühru
Liebe als Sympathie, gegen Sanftmut, Milde, Ehrfurcht, Achtung u
gegen Vers, gehobene Sprache und Idyll. Auch weicht dementspr
„Tragische vor dem naturalistisch Traurigen in der
Literatur“ immer mehr zurück. Erzeugt doch jenes ein ruhi
gefühl, in dem die Lust gegeben ist durch die Größe bzw. H
des Helden, das stärkere Hervortreten seiner gern beachteten
schönen Züge und die so bedingte Liebe zu ihm, wozu
Läuterungsgefühl und die Lust an der gehobenen Sprache hin

Digitized by Google

Gefühle bestehen aus drei paarweise auftretenden ruhigen Misch-
der Rührung, dem Erhabenheits- und dem Läuterungsgefühl." Anders
ige. Dieses ruft meist prickelnde Mischgefühle hervor. „Wo uns
ung, grau in grau malend, in trocken objektiver Sprache ohne
und Pathos von dem erbärmlichen, hoffnungslosen Kampfe kleiner
mit einem kleinen Schicksal berichtet, entsteht das Traurige."
sche führt zu einer qualitativen Steigerung, das Traurige zu einer
ven Anschwellung des Gefühlslebens; erst die Lust an der Erkenntnis,
irklichkeit, am Kampfe, an der Aufdeckung der verborgenen Seiten
as Traurige reizvoll, und zwar um so reizvoller, je mehr wir seine
ühlen. Der Grund für alle diese Erscheinungen ist „die moderne
bstumpfung" infolge des Übermaßes der Reize und Eindrücke.

ner, Max, Experimentelle Untersuchungen zur Tatbestands-
rnostik. Arch. f. die ges. Psychologie Bd. VI, S. 59—131.

theoretisch wie praktisch interessanten Ausführungen liegen zu-
Vorreihen nach der Methode der freien Assoziation, wobei be-
nge oder seltene Reizworte vermieden wurden; 2. Hauptreihen, bei
Versuchspersonen den zugrunde gelegten Komplex nicht kannten;
ihen, bei denen die Versuchspersonen den zugrunde liegenden
kannten, sich aber nicht verraten sollten (Täuschungsreihen);
Versuchsreihen, bei denen die Versuchspersonen den Komplex
d keinerlei Instruktion erhielten; 5. Selbstbeobachtungsreihen, welche
hungsreihen entsprachen, in denen aber nach jeder Reaktion die
achtung protokolliert wurde. Die beiden Komplexe der Haupt-
sogenannter Villa- und Kapellenkomplex, waren möglichst homolog
lich möglichst verschieden gebaut; beide kamen bei jeder der sechs
Versuchspersonen zur Anwendung, aber so, daß nicht beiden
n der nämliche Komplex zugrunde lag und auch der Komplex,
ei den einen Versuchspersonen zur ersten Hauptreihe gehörte, bei
en der zweiten zugeordnet wurde. Die Inhalte der Komplexe
nlich „gewöhnlicher Natur", entbehrten aber nicht alles Interesses.
es fehlte vollkommen bei dem dritten Komplex, welcher der Selbst-
ngsreihe zugrunde lag, und bei dem nach Aussage der Versuchs-
die einzelnen Inhalte ohne Zusammenhang und ganz allgemeiner
en, so daß auch die Komplexreizworte nichts Individuelles hatten.
Assoziationsversuchen hatten die Versuchspersonen die Komplexe
er Besichtigung zu reproduzieren, indem sie in einem nicht aus-
Schema die einzelnen Gegenstände bezeichneten; nur selten mußte
chgeholfen werden. Die technische Anordnung war die bei Asso-
suchen übliche (*Hipp*sches Chronoskop, *Cattell*scher Schalltrichter,
Kartenwechsler, vor und nach jedem [illegible]sammessung und

Versuchsreihen war derart, daß den ersten zehn irrelevanten Reizw
folgten, welche dem Komplex entnommen und teils für das
charakteristisch, teils allgemeiner Natur, teils endlich dem Sinne
nicht explizite im Komplex enthalten waren; letztere nennt Ve
gruppenreize"; zur Verstärkung der Wirkungen dienten Konste
Form von mehreren unmittelbar aufeinander folgenden Komplexre
jedoch rein zeitliche oder räumliche Zusammenhänge bevorzugt
die Anregung von Komplexzusammenhängen zu vermeiden; die
wurde auch bei Zusammensetzung der ganzen Reihe geübt; bes
wicht wurde auf die direkte Ablenkung vor und nach den Ko
gelegt durch Einschaltung irrelevanter und nicht zu seltener
andrerseits wurde wiederum zu starke Ablenkung durch Einmi
generellen Komplexworten verhindert. Es bestand demnach die
starken Komplexreizen mit Ablenkungsreizen, allgemeinen Ko
Grenzgruppenreizen zum Zwecke allgemeiner Anregung und
Reizen. Die Selbstbeobachtung ergab folgende Regelmäßigk
Komplexzusammenhang wird zumeist sofort nach dem Reize wi
zwar namentlich bei reinen Komplexreizen; die Äußerungsform
samkeit ist entweder ein Wort oder mehrere Worte motorische
oder akustischen Inhalts oder ein visuelles Bild von einem Komp
vom Komplexganzen, oder allgemeinerer Natur oder endlich nur ei
seinslage", die wiederum individuelle Verschiedenheiten aufwie
kam auch die Beziehung zum Komplex erst unmittelbar vor od
der Reaktion zum Bewußtsein. 2. Mit dem sich auf diese Weise e
Worte ist die Neigung zur Aussprache verbunden; dieser Neigung
sprochen oder nicht, dort war oft geradezu ein Zwang vorhand
folgte die Ablehnung unwillkürlich oder mit dem Bewußtsein d
bezog sich nur auf ein bestimmtes Wort oder war allgemeiner N
ein aktives oder passives Verhalten; zuweilen trat ein bereits u
Komplexwort noch einmal auf oder es stellte sich ein anderes K
ein; dieser zwangsmäßige Charakter haftete oft auch den Gesich
gen an. 3. Erschien bei passivem Verhalten ein neues Wort, dan
oft ohne Vorstellung von seiner Bedeutung ausgesprochen, so
weilen zu sinnlosen Reaktionen kam; in manchen Fällen folgte
gelungene Unterdrückung eine Verlegenheitspause als Vakuum
nehmen Gefühlen, Spannungsempfindungen usw. oder als wied
unbestimmte „Versuche motorischer Entladung". 4. Dieses Vak
beendet durch den Eintritt einer Reaktion oder durch ein akti
welches übrigens auch zuweilen ohne vorhergehendes Vakuum
mannigfaltige individuelle Unterschiede zeigte, z. B. Planlosigke
stimmte Richtung. Analoge Angaben der Selbstbeobachtung
Versuchspersonen nach den Hauptreihen. Der Effekt war qual
irrelevante Reaktion oder ein Komplexwort, das als solches oft e

rt, das zu dem jetzigen Reizworte paßte oder nicht, oder sonstige
eaktionen oder Klangassoziationen bzw. Wortergänzungen oder Ver-
gen oder mehrfache Worte oder Asymmetrien (Verschiedenheiten
Reiz- und Reaktionswort in der grammatikalischen Form) oder ein-
derholungen des Reizwortes oder Nennungen von Gegenständen des
ums, auch das Wort „Komplex" war zuweilen „ununterdrückbar";
Wiederholung früherer Worte entstandenen „habituellen Aushilfs-
ren entweder Komplexworte oder irrelevante Worte, mit denen die
gelungen war oder nicht; zuweilen scheint eine Einstellung auf
nmte qualitative Abnormität, z. B. Wiederholung oder Asymmetrie
gewesen zu sein; oft waren auch die Reaktionen auf Grenzgruppen-
zuweilen die der ganzen Reihe qualitativ und zeitlich beeinflußt;
aren individuelle Verschiedenheiten bemerkbar, indem die einen
ersonen leichter auf kritische Reizworte irrelevant reagierten als
ei der einen sich die Abnormität mehr zeitlich, bei der zweiten
litativ und bei der dritten in beiden Beziehungen äußerte, auch
ewisse qualitative Abnormitäten von bestimmten Versuchspersonen
Was nun die zeitliche Abnormität anlangt, so trat bei den
usammenhängen eine merkliche Verlängerung der Reaktionszeit so-
arithmetischen Mittel wie dem Zentralwerte nach hervor; auch war
l der „Plusvariationen" um jede dieser beiden Mittelwerte herum
kritischen" Fällen größer als bei den anderen. Dieses Resultat
sowohl auf die Selbstbeobachtungsreihen, wie auf die Täuschungs-
ch deren Beendigung die Versuchspersonen die kritischen Fälle
en; auch machte es keinen wesentlichen Unterschied, ob die Plus-
bezogen wurden auf die Mittelwerte aus allen nicht kritischen
r nur aus den „rein irrelevanten", bei denen Reiz- und Reaktions-
evant waren, oder endlich aus der ganzen Reihe, ebenso ob die
aus einer Reihe oder aus allen Reihen einer Versuchsperson mit-
verglichen wurden. Diese Zeitverlängerung trat auch bei jenen
vor, in denen der Komplexgedanke nur dunkel und unsicher mit-
Da nun der Komplexgedanke zuweilen auch dann wirksam war,
er Selbstbeobachtung entging, ja wenn nach dieser überhaupt keine
svorstellung vorhanden war, so unternimmt Verf. auch eine „ob-
rtung" seiner Versuche auf Grund der Reaktionszeiten und der
Als komplexangehörig betrachtet er hierbei nur jene Inhalte, welche
der Vorlage enthalten waren, als irrelevant solche, die mit dieser
Zusammenhang standen, und als Grenzgruppe endlich solche, bei
er Zusammenhang möglich war; die den Komplexreizen direkt
den reinen irrelevanten Fälle schaltet er aus, da sie zumeist eine
ion" zeigten. Es ergab sich nun, daß die prozentuale Anzahl der
onen bei den kritischen Fällen übernormal groß ist in den
sreihen, während sie in den anderen Hauptreihen nicht merklich

Wertung mit hinzugezogen wird. — Kannte die Versuchsperson d
aber nicht seinen Zusammenhang mit der Reihe bzw. den Zwe
suche und wurden nur ihre spontanen Angaben über eine Komp
keit aufgenommen, dann ergaben sich die nämlichen Resultate
Täuschungsreihen, so daß also der Täuschungswille für die
einer Komplexkenntnis nicht erforderlich ist. — Um die Frage zu
ob für diese Wirksamkeit die Einheitlichkeit des Komplexe
wurden auch Versuche angestellt mit zwei Reihen von je zehn u
möglichst zusammenhanglosen Paaren zweisilbiger Worte oder
möglichst zusammenhanglosen einzelnen einsilbigen Worten; di
Wortpaare oder Worte wurden sukzessive an der Kymographiont
geführt, so daß ein Komplex in 20 Sekunden sichtbar wurde;
maliger Vorführung hatte die Versuchsperson auf ein ihr genannt
vorangehende oder folgende anzugeben, konnte sie dies nicht,
es ihr gesagt; hierauf folgten die beiden Hauptreihen von Ass
suchen wie bei den „Geschichten", nur daß Grenzgruppen hie
Die Resultate ähneln denen bei den Geschichten, nur bei de
Worten ist die Differenz in den Plusvariationen etwas abgeschwä
weil die einzelnen Worte weniger fest eingeprägt waren als die
auch ist nicht zu vergessen, daß bei den Geschichten der Komple
von mehreren Seiten „angetastet" wurde und jede Antastung eine
darstellt. Bei zwei Versuchspersonen, an denen vorher bereits d
mit den Geschichten angestellt waren, führten die Wortpaare u
Worte zu keinem deutlichen Ergebnis, da diese laut ihrer Anga
Erregung verursachten und sich auch nicht eingeprägt hatten. —
bildet eine theoretische Zusammenfassung, in der hervorg
daß für das Einfallen des Komplexinhaltes in Betracht komm
ziationsgesetz, die Bereitschaft, das Gefühl, der Wille, die Mite
Perseveration und Einstellung, für die Zeitverlängerung und qu
normität das Suchen, das Vakuum, die Abweisungen, der Komp
die Mehrheit der Reproduktionstendenzen, die Gesichtsvorstellun
Widerstreben. In bezug auf die Perseveration werden unters
Tendenz zum Bleiben im Bewußtsein und die zur Wiederkehr ins
beide Tendenzen können wieder auf besonderer Auszeichnung, z.
fühl oder auf Wiederholung beruhen; alle diese vier Formen t
Versuchen hervor.

Hammer, *B.*, Zur experimentellen Kritik der Theorie
merksamkeitsschwankungen. Zeitschr. f. Psychol
S. 363—376.

Die intermittierende Auffassung minimaler Sinneseindrücke
mit Aufmerksamkeitsschwankungen oder Apperzeptionswellen zu

uht das Verschwinden der grauen Ringe an der *Masson*schen Scheibe
ıler Ermüdung, auf Lokaladaptation, und ihr Wiederauftauchen auf
ınderungen, wodurch verschieden adaptierte Netzhautstellen mit ins
ımen — falls nicht der Adaptationsprozeß überhaupt intermittierender
. Durch stetige Änderung des Fixationspunktes kann man daher
e Fluktuationsphänomen beseitigen. Als Stütze für diese Auffassung
f. die gelegentliche Beobachtung an, daß er einen Regenbogen ver-
ı und wiederauftauchen sah und ihn durch anhaltende, unbeweg-
ation nahezu eine Minute unsichtbar machen konnte. Auch bei An-
von Lichtdifferenzen in einem Abstande von mehreren Metern vom
treckte sich die adaptative Ausgleichung über sehr weite Grenzen,
bei Änderung der Blickrichtung der Unterschied wieder sehr grell
, um bei Rückkehr zur ersten Fixationsrichtung wieder zu ver-
ı. Vor allem aber stellte Verf. Versuche an, bei denen statt der
rollen *Masson*schen Scheibe rechtwinklige 5×2 cm große Scheiben,
gut merkliche mittelgraue Intensitätsstufen darstellten, zur Anwen-
nen; je zwei Scheiben wurden bei geringer Kontur nebeneinander-
d mit einem grauen gefensterten Karton bedeckt; auf der Grenze
den beiden Scheiben befand sich ein Fixationspunkt; als Unterlage
en diente ein großer mittelgrauer Karton, auf dem das Auge zwischen
elnen Teilversuchen ausruhte, da immer nur eine Fluktuation mit
s im Schoße zwischen den Händen befindlichen Tasters registriert
d dann immer eine Pause von ca. zwei Sekunden folgte; die Mar-
übertrugen sich durch ein *Deprez*sches Signal auf einen *Marey*-
linder, auf dem auch ein Zeitmarkierer die Sekunden angab; die
fanden bei diffuser, etwas wechselnder Tagesbeleuchtung und mo-
Fixation statt. Als Versuchsperson diente ein Student. Es zeigte
mit zunehmender Intensitätsdifferenz die Zeit für die adaptative
ung wächst und letztere sich über sehr weite Grenzen erstreckt;
ufe jedes Versuchs sinken die Zeitwerte kontinuierlich; besonders
ren Differenzen waren die negativen Nachbilder leicht zu beobachten
egistrieren. Im übrigen ist die Registrierung stets eine unsichere
Schwierigkeit in anhaltender Fixation des Blicks und der Aufmerk-
durch die Ermüdung des Auges, die Unsicherheit des Urteils und
e geistige Spannung der Versuchsperson. — Die Aufmerksamkeits-
ngen bei Gehörsempfindungen sind schon dadurch verdächtig,
nach *Lange* sehr regelmäßiger, nach *Eckener* und *Lehmann* sehr
Natur sein sollen. Vor allem aber kommen nicht bloß Inkonstanzen
llempfindlichkeit sondern auch der Schallquellen in Betracht.
och Verf. tatsächlich an seiner Taschenuhr Intensitätsschwankungen
ren, da die von verschiedenen Personen beobachtete Periodik von
unden mit der Umlaufszeit des Steigrades [illegible]; die Spitzen
ren waren offenbar mit kleinen Ungl[illegible]ftet; dem-

Digitized by Google

immer in dem Moment an, in welchem Verf. an dem geölneten
eine bestimmte Lage des Steigrades beobachtete. Ebenso zeigten v
Uhren ausnahmslos mehr oder weniger deutliche Schwankungen; e
aber auch hervor bei einem unter reguliertem Druck an eine sc
platte herabrinnenden Wasserstrahl, beim Bunsenbrenner, bei Pfeif
konstantem Luftstrom angeblasen wurden, und bei Stimmgabel
Akkumulatoren getrieben waren. Und so griff Verf. zu einer
anordnung, bei der der Schall durch das elektro-magnetische Anz
leichtbeweglichen Hebels entstand; die Intermission des Schalls w
ein in die Leitung eingeschaltetes Metronom und seine Abstufung
Rheostaten herbeigeführt. Die Konstanz des Stroms war durch gro
stand gesichert. Die verschiedensten Beobachter konnten keine
konstatieren, weder bei Zuhilfenahme des Registrierapparates,
diesen bei bloßem Aufhorchen. Auch ist nicht zu vergessen, da
Intensitätsänderungen vom Gehörssinn qualitativ interpretiert werd
großer Unterschied zwischen den spontan auftretenden und ex
erzeugten Variationen der Schallquelle besteht. Auf Grund diese
leugnet Verf. auch in anderen Sinnesgebieten die Aufmerksamk
kungen. Gewiß können bei andauerndem Aufmerken auf minim
eindrücke Aufmerksamkeitsdeviationen vorkommen, aber diese sin
registrieren uud nicht in der Natur der Aufmerksamkeit, sondern
Versuchsanordnung (unnatürlich starre Körperhaltung mit gehemm
ration und dauerndes Hinlenken der Aufmerksamkeit auf einen e
inhaltslosen Eindruck) begründet. Wenn wir im wirklichen Lebe
einförmigen Eindruck verfolgen, dann handelt es sich um ein
bedeutungsvolles Verhältnis", um das außerdem „Phantasie und
in gespanntem Interesse kreisen"; auch wird hierbei den „koordi
richtungstendenzen" kein Zwang auferlegt.

Seashore, C. E., Die Aufmerksamkeitsschwankungen. Z
Psychol. usw. Bd. 39, S. 448—450.

Der Aufsatz beschäftigt sich mit der soeben referierten Arbei
an der er folgendes aussetzt: 1. Die optischen Versuche erge
Neues, die wichtige Bedeutung der physiologischen Bedingungen
bekannt, aber daraus läßt sich nicht eine Ableugnung zentraler Fl
ableiten; 2. bei den akustischen Versuchen *H.*s handelt es sich um
einzelner Schallreize, vermutlich in Abständen von je einer Sekun
Metronomschläge in regelmäßigen Intervallen einander folgten, so
ihnen die Aufmerksamkeitswelle an, so daß die Abspannung z
zwei Schläge fiel; würden etwa fünf Schläge in der Sekunde e
dann wären auch Schwankungen in der Intensität aufgetreten;

eeignet war, widerlegt Verf. durch einen Versuch mit einem *Runne-*
ter, der Fünftelsekunden schlug, an 55 Studenten; obwohl diese von
amkeitswellen, dem Zweck des Versuchs und seinen Resultaten
3ten, verzeichneten sie ausnahmslos die gewöhnlichen Schwankungen,
folgten diese keiner periodischen Änderung des Chronometers;
in seinem Experimente würde *H.* die „Minutenwellen" gefunden
enn er es nur lange genug fortgesetzt hätte; 5. jedes psychologische
nt zeigt die Schwierigkeit, die aktive Aufmerksamkeit lange kon-
erhalten.

ler-Schäfer, Gisela, Zur Frage der Beeinflussung des Ge-
htnisses durch Tuschreize. Ztschr. f. Psychol. usw. Bd. 39,
206—215.

sch" ist der Zustand, „in welchen das Zentralnervensystem durch
nsorische Reize versetzt wird." Verf. berichtet zunächst kurz über
nisse *Hofbauer*s in bezug auf die Beeinflussung der willkürlichen
tion durch Tuschreize. Sie selbst untersuchte die Wirkung, welche
nerung einer kleinen Zimmerpistole mit blinder Patrone auf das
(= unmittelbares Behalten) und sekundäre Gedächtnis hatte.
ar der Gegenstand von vier Versuchsreihen. In der ersten hatten
uchspersonen die Schläge eines Sekunden angebenden Metronoms
zählen. Der Schuß kam hier, wie auch sonst, ganz überraschend
en, so daß stets ein heftiges Zusammenfahren eintrat. Trotzdem
e Erwachsenen die letzte vorher genannte Zahl nicht vergessen; die
nder hingegen von sieben und neun Jahren, hinter denen nicht wie
Erwachsenen nur ein, sondern alle fünf Minuten ein Schuß abge-
urde, konnten nach den zwei bzw. drei ersten Schüssen zwei bis
ten lang, nach den folgenden beiden wenige Sekunden lang nicht
hlen und erst beim fünften bzw. sechsten Schuß trat nur noch das
nzucken ein. In der zweiten Versuchsreihe, die nur an den Er-
n angestellt wurde, wurde die Zahl jedes Metronomschlages mit
ämmten anderen Zahl, z. B. 7, multipliziert; bei vier Versuchsper-
t einige Sekunden hindurch eine Unterbrechung des Zählens ein,
ehn anderen nur das heftige Zusammenfahren. In der dritten Ver-
e war die rotierende Kymographiontrommel mit einer Papierhülle, die
echt stehenden farbigen Streifen in der Reihenfolge: Rot, Hellblau,
t, Dunkelblau, Violett und Hellblau bestand, überzogen; die durch
einem Papierschirm befindlichen Spalt blickende Versuchsperson
Farbe vier Sekunden lang; nachdem sie die Reihenfolge auswendig
atte, mußte sie bei jeder ins Gesichtsfeld tretenden Farbe die
nennen; von den zehn erwachsenen Versuchspersonen konnten dies

sichtbar wurde. In der vierten Versuchsreihe waren die Farb
Trommel: Schwarz, Braun, Orange, Blau, Grün, Rot, Violett, Hellb
Orange, Grün, Rot, Violett, Hellblau und Rosa; jede Farbe wa
noch zwei Sekunden hindurch sichtbar; jetzt konnte keine Ver
mehr über die folgende Farbe irgendwelche Angaben machen.
suchen über das primäre Gedächtnis war die Trommel m
Braun, Orange, Blau, Rot, Grün, Violett, Hellblau und Rosa über
Farbe war drei Sekunden lang sichtbar. Die Versuchsperson sah
Spalt und wurde öfter gefragt, welches die zuletzt gesehenen Fa
und welches ihre Reihenfolge war; nach mehreren solchen Vorve
17 Erwachsenen und an den beiden erwähnten Kindern wurden
regelmäßigen Zeitintervallen abgefeuert. Alle Versuchspersonen z
den ersten Schüssen größere oder geringere Gedächtnisstörungen
weniger Farben als vorher nennen konnten; allmählig wurden dies
geringer, um nach dem zweiten bis vierten Schuß bei den Erwac
nach dem sechsten bei den Kindern zu verschwinden.

Peters, W., Aufmerksamkeit und Zeitverschiebung in
fassung disparater Sinnesreize. Zeitschr. f. Psyc
Bd. 39, S. 401—428.

Den Beginn der Abhandlung bildet ein ziemlich eingehen
über die einschlägigen Arbeiten von *Exner*, *Bloch*, *Hamlin*, *Tracy*
In seinen eigenen Versuchen benutzte Verf. die *Exner*sche Anor
als die aufzufassenden Reize Schall und Licht. Jener war geg
das Geräusch eines starken der Versuchsperson unsichtbaren Öffn
eines von einer Akkumulatorenbatterie gelieferten Stromkreises
tensität wechselte etwas, erwies sich aber als einflußlos, sobald
Versuchspersonen dadurch sich gestört fühlten, wurden die betref
suche ausgeschaltet. Als Lichtreiz diente eine elektrische 16 ke
glasglühlampe. Beide Reize wirkten objektiv entweder simultan
zessive ein. Die Versuche fanden zumeist bei künstlicher B
seltener im Dunkelraum statt; jeder Versuch wurde zwei bis dre
vorher signalisiert. Die Versuchsperson hatte ihr Kinn eingestü
eine einmalige Darbietung der Reize nicht zu einem sicheren U
wurde sie wiederholt. Als Urteile waren zugelassen: optischer
oder später oder gleichzeitig, oder früher bzw. später bzw. glei
oder unentschieden. Dieselbe Distanz kam mit Wissen der Ver
in Gruppen von je fünf bis acht Urteilen hintereinander, mit Paus
je zwei Darbietungen, zur Anwendung; trotzdem zeigten die U
Gruppe erst bei einer bestimmten Größe des Intervalls keine Sch
mehr. An jedem Tage wurde ausgegangen von der völligen oder

ne Sukzession erfaßt wurde, d. h. die ganze Gruppe nur eine Art
en aufwies und dieses auch allein bei dem um 5 σ und 10 σ größeren
auftrat, während das um 5 σ kürzere Intervall schon andere Urteile
Der Fortschritt von der Gleichzeitigkeit zu wachsender Ungleich-
war aber kein regelmäßiger, sondern erfolgte zwischen 5 und 20 σ
Richtungen d. h., zu größerer oder geringerer Ungleichzeitigkeit.
er Versuchspersonen gehörte auch der Verf., der auch dann der
iter blieb. Die Resultate waren hiervon nicht beeinflußt. Trotz-
e er noch an sich in jeder Versuchsreihe „Kontrollversuche" an,
er von Gruppe zu Gruppe das Intervall und die Aufmerksamkeits-
völlig unregelmäßig variierte. — Nach einigen Vorversuchen be-
erste Versuchsreihe mit indifferenter Aufmerksamkeit, also ohne
ng eines Reizes. Dem Verf. schien dies „am wenigsten beschwer-
r anderen Versuchsperson dagegen schwieriger als die Einstellung
rksamkeit auf den Lichtreiz, was sich aber nicht sonderlich in den
zeigte. Bei diesen wird angegeben die Zahl der sehr vielen
uche, der Gruppen, der Intervalle, der Versuchstage mit ihrem
e Intervalle, bei denen das Urteil „früher" oder „später" konstant
σ, und zwar sowohl für die einzelnen Tage, wie im Mittelwerte
ugehörigen mittleren Variation. Eine Versuchsperson war schwer-
daß ein trichterförmig endender Gummischlauch ihr Ohr mit dem
verbinden mußte; ihre Resultate zeigen eine sehr große mittlere
An sich selbst stellte Verf. diese Versuche im Dunkelraum und
einem Lichtreize von viel geringerer Intensität an; die so ge-
Zahlen differiren aber nicht von den an den anderen Versuchs-
ermittelten. Übungseinflüsse traten nicht hervor, dagegen ver-
ine vorübergehende Indisposition einer Versuchsperson die Schwelle
r". Im übrigen differierten die einzelnen Versuchspersonen stark
er. Bei der einen war das Intervall für früher kleiner als für
den drei anderen war es größer, aber die Größe der Differenz war
drei sehr verschieden; eine fünfte Versuchsperson urteilte an fünf
ost bei einem Intervall von 165 σ noch nicht konstant „früher"
echste wiederum selbst bei einem Intervall von 110 σ nur dreimal
Es ist also zu vermuten, daß noch eine individuell verschiedene,
„natürliche" Aufmerksamkeitseinstellung mit im Spiele ist.
nnte Berechnung der Intervalle mit 50—75 % und mit 75—100 %
bzw. später — Urteile unter Zugrundelegung aller Versuche einer
ibt ein Zusammenfallen des Schwellen-Mittelwertes mit dem ersteren
Auch diese Berechnung findet sich in jeder Versuchsreihe. Um
3 der Intensität zu ermitteln, wurde diese durch einen in den
der Lampe eingeschalteten Flüssigkeitswiderstand auf $^1/_{10}$ herab-
ersuchsperson war Verf. selbst: das Intervall für „früher"
las für „später" um 7 σ größer. — In der zweiten

Digitized by Google

die eine glaubte trotzdem die Aufgabe nicht erfüllen zu können,
Schwelle für „früher“ erfuhr doch gegenüber der ersten Versuch
merkliche Vergrößerung; das nämliche war bei einer zweiten Vers
der Fall, während bei der dritten — die schwerhörige Versuchsper
hier nicht mit herangezogen — das Gegenteil eintrat. Diese Vers
urteilte auch „später“ bereits bei einem kürzeren Intervall als in
Versuchsreihe, während bei der zuerst genannten Versuchsperson
teil hervortrat und bei der dritten der um 46 σ im Mittel vor dem
erfolgende Lichtreiz als „früher“ konstant beurteilt wurde. Di
Variation war zumeist relativ groß und oft zeigte sich kein Unter
der indifferenten Aufmerksamkeitseinstellung, obgleich es die Ve
sonen nur manchmal bemerkten. — In der dritten Versuchsreihe
Aufmerksamkeit auf den optischen Reiz eingestellt. Bei allen
suchspersonen erfährt der Schwellenwert für „früher“ eine Verrin
liegt bei einer Versuchsperson bei dem um 39 σ im Mittel später als
reiz erfolgenden Lichtreiz; die Schwelle für „später“ erfährt du
eine Vergrößerung. Auch hier stellte Verf. an sich neben de
Kontrollversuchen noch solche mit herabgesetzter Intensität des
an, die wiederum ergaben, daß letztere ohne Einfluß ist. Die in
Unterschiede der ersten Versuche kehren auch hier wieder, so da
die Wirkungen der natürlichen und willkürlichen Aufmerksamkeits
summieren. — In der vierten Versuchsreihe wurde der Effekt der
dation durch Vorsetzen von Konvexlinsen mit einer Brechkraft
10 und 20 Dioptrien vor das beobachtende Auge ausgeschaltet; meis
das überkorrigierende Glas von einem Einzelversuch zum andern
Alle drei Versuchspersonen zeigten bei Einstellung der Aufmerks
den Lichtreiz eine Annäherung an die Werte bei indifferenter Au
keit, bei Einstellung der Aufmerksamkeit auf den Schallreiz u
differenter Aufmerksamkeit keine Beeinflussung der Urteile. Die le
sache beweist, daß wie die Lichtintensität auch die Größe des Net
ohne Einfluß ist. — Die folgenden Versuche stellte Verf. nur a
In ihnen wurde zunächst entweder der Schallreiz durch einen
spannten Gleichstrom und durch Einschaltung eines Widerstandes
Lichtreiz ebenfalls durch einen *Ruhstrat*schen Widerstand der El
lichkeit genähert. Die Schwellen für „früher“ und „später“
zwischen denen bei willkürlicher und indifferenter Aufmerksamkeitse
auch in der Selbstbeobachtung erwies sich die Aufmerksamkeitako
nicht als konstant. Ferner erfolgte eine unwillkürliche Konzent
Aufmerksamkeit durch zwei Signalreize im Abstande von 1,8 Sek
zwar entweder in der Form des Schall- oder des Lichtreizes. Im a
wirkten diese ablenkend, wenigstens zeigte sich bei akustischem S
ähnliche, nur nicht so starke Veränderung der Schwellenwerte fü
und „später“ wie bei willkürlicher optischer Einstellung; demen

bei optischer Signalisierung die „Früher"-Schwelle ähnlich wie be
her akustischer Einstellung abgeändert, da jedoch die „Später"
hier der bei optischer Einstellung nahe stand, so muß die Signali
auch „bahnend" gewirkt haben; die Schwankungen waren so groß
willkürlicher Konzentration. — Schließlich durchprobte Verf. an sich
er erwähnten Versuchsreihen mit der Abänderung, daß eine kon
iche Reihe der Reizpaare solange dargeboten wurde, bis das
it Sicherheit erfolgte; dieses war zwar nie vor acht bis zehn Reiz
gen der Fall, aber die subjektive Sicherheit nahm durchaus nich
mit der Zahl der Darbietungen zu, dagegen führte letztere zu einer
ung des „Später"-Urteils unter deutlicher Rhythmisierung mit Be
les Schalleindrucks; noch häufiger allerdings näherten sich beide
Verlaufe der Darbietung der Simultaneität. Im übrigen zeigen die
Versuchsreihen zueinander die nämlichen Beziehungen wie be
rsuchen. Die Unterschiede von diesen waren folgende: Bei indiffe
ufmerksamkeit war die „Früher"-Schwelle vergrößert, vielleicht in
r Tendenz zur Bevorzugung des „Später"-Urteils; bei akustischer
ng waren beide Schwellenwerte vergrößert und erfolgten wiederum be
chen Reihenfolge Licht-Schall; auch bei optischer Einstellung sowoh
ohne Ausschaltung der Akkomodation, ebenso bei akustischer Sig
ng trat diese Vergrößerung beider Schwellen hervor, während be
Signalisierung die „Früher"-Schwelle vergrößert, die „Später"
verkleinert war. Einige Versuche dieser Art an einer anderen
person zeigten ebenfalls die Tendenz zur Bevorzugung der „Später"
— In all diesen Ergebnissen sieht Verf. eine Stütze „der *Wundt*
en Hemmungstheorie und der *Exner*schen Hemmungs- und Bahnungs
über das Wesen der Aufmerksamkeit. Die natürliche Aufmerksam
nur „eine individuelle Bevorzugung einer bestimmten Art von
en und Hemmungen"; daß durch diese bestimmte Perzeptionsakte be
t, andere verzögert werden, drückt sich in der Zeitverschiebung be
er und optischer Einstellung aus. Die partielle Aufhebung dieser
samkeitswirkung durch Ausschaltung des Akkomodationseffektes rühr
von der geringeren Deutlichkeit des Netzhautbildes her, wobei je
bedenken ist, daß die Zeitverschiebung durch die Ausschaltung de
lation bei indifferenter Aufmerksamkeit nicht hervortritt, die Wirkung
ürlichen Konzentration also eine spezifische sein muß. Jedenfalls
ch: „Die Verbindung zwischen dem zentral bedingten Aufmerksam
and und bestimmten Muskelaktionen, die sensorische Effekte erziele
dliche Abbildung bei akkomodiertem Auge), muß als eine so innig
t werden, daß die Ausschaltung der letzteren die erstere in ihre
schmälert." — Endlich sei noch erwähnt, daß die einzelnen Er
auch graphisch veranschaulicht werden. Trotzdem sind die auch
tigen Bedenken und Mängeln behafteten Ausführungen nichts wenige

Vorderarmbewegungen. Zeitschr. f. Psychol. usw. S. 429—447.

Unter wesentlicher Vereinfachung und darum Verbesserung üblichen Versuchsbedingungen in diesem Gebiete ließ Verf. die nur im Ellbogengelenk ausführen, so daß sie kreisförmig waren hatte Normal- und Vergleichsbewegung dieselbe Richtung und den Ausgangspunkt, so daß bei der letzteren nicht neue Muskeln und Aktion traten. Drittens vollzogen sie sich in begrenztem Spielra die beurteilte und wirklich zurückgelegte Strecke nicht durch e Triebkraft am Ende der Bewegung und durch die Urteilsbildung w letzteren divergierten. Das Verfahren war ein sukzessives, das U sich immer auf die zweite Bewegung und war „gleich", „gr „kleiner". Versuchsperson war nur der Verf., der die Bewegunge entblößten rechten Vorderarm bei geschlossenen Augen ausführt der Ellbogen sich auf einen Klotz stützte. Hierbei wurde ein Bre Paaren spitzer ca. 1,5 cm hoher Stifte benutzt; die Verbindungs Paares verlief parallel der Frontalebene der Versuchsperson, w Abstand bei dem einen Paare konstant blieb, war er bei dem and Verschiebung des rechten Stiftes variabel; vermittelst einer Versch ganzen Brettes fiel der linke Stift des konstanten bzw. variablen denselben Ort, den gemeinsamen Ausgangspunkt der beiden B Durch natürliches Hin- und Herbewegen des Vorderarmes, wobei fingerspitze die Stiftspitzen leicht berührte, wurde eine Schätzung abstandes gewonnen, dann verschob der Gehilfe schnell das Br fast ohne Unterbrechung der Bewegungen Vergleichs- und Normals einander verglichen werden konnten. Nach einiger Übung waren lichen fremden Gelenkbewegungen ausgeschaltet. Die konstante trug stets 10 cm, die andere variierte zwischen 9,2 und 10,8 cm von je 2 mm; da nun auch die konstante Strecke mit sich selbst wurde, so bestand eine Gruppe aus neun Einzelmessungen, deren immer durchs Los bestimmt wurde; in der einen Gruppe befa konstante, in der andern die variable Strecke an erster Stelle; be dingung wurden zehn solcher Doppelgruppen ausgeführt; in jed gruppe wurde die konstante Strecke in derselben Lage belassen, relative Lageverhältnis der beiden Strecken in einer Doppelgrupp mal vorkam und eine Beeinflussung des Urteils durch Gewöhnu stimmte Lageverhältnisse ausgeschlossen war. Die Versuchsb waren folgende: Zunächst wurden zur Bestimmung der „Norm Versuchsreihen von je 180 Einzelmessungen natürliche und aktive „ Bewegungen vorgenommen. Ferner wurde ein Gewicht von 1400 nach links zog und so den Extensoren entgegenwirkte, oder ein

Digitized by Google

d zwar jenes sowohl bei beiden Bewegungen wie auch nur bei der
ieses nur bei der zweiten Bewegung; das Gewicht hing an einer
e über einer Rolle über den rechten bzw. linken Tischrand führte
nderen Ende an einer 3 cm breiten den Vorderarm bis eben ober-
andgelenks überziehenden Tuchmanschette befestigt war. In einer
sreihe wurde die Armlage geändert durch Drehung des Brettes
rch den Stützpunkt des Ellbogengelenkes senkrecht führende Achse;
ng erfolgte zwischen der Normal- und Vergleichsbewegung; nach
nach rechts wurden fünf verschiedene Stellungen gegeben, in
e Stifte um je 10 mm mehr von ihrer ursprünglichen Stelle ent-
en, so daß im ganzen elf verschiedene Ausgangspunkte möglich
einer siebenten Versuchsreihe handelte es sich um passive Be-
wobei der Ellbogen auf ein Brettchen gelagert wurde, das durch
lfen um einen Zapfen gedreht werden konnte und sich wie eine
bis in die Hand erstreckte; der Zeigefinger fiel in einem Aus-
vorderen Brettchenrand nach unten, während die anderen Finger
eren Brettfläche ruhten; der Arm wurde auf dem Brett mit einem
festgeschnallt; durch Klötze auf dem Grundbrett wurde die Be-
hemmt, wenn die Fingerspitze die Stifte berührte. Die Resul-
mitgeteilt in bezug auf die Prozentzahl der richtigen Fälle für
tung der konstanten Strecke an erster wie an zweiter Stelle und
Stellen zusammen; in derselben dreifachen Weise wird angegeben,
nter- und Überschätzungen auf 100 falsche Fälle kommen. Es
nun, daß die Prozentzahl der r-Fälle in all den ange-
Reihen annähernd dieselbe, nämlich 70 war. Dagegen be-
um 50% als die zweite Bewegung ca. viermal so schnell als die
eführt wurde, und zwar gilt dies sowohl von einer Reihe mit
e von einer mit passiven Bewegungen; unter den falschen Fällen
sich bei diesen beiden Reihen jedesmal mehr als 90% Über-
n, die auch noch bei den r-Fällen mitwirkten, da in der Hälfte
die zweite Bewegung tatsächlich größer als die erste war. Daß
etwa dementsprechend bei den Versuchen mit den hemmenden
eine Verlangsamung der Bewegung und damit eine Unterschätzung,
e etwaige Überschätzung infolge des Widerstandes kompensierte,
war, erwies sich durch Kontrollversuche. Bei diesen wurden
3 Versuche ausgeführt mit Bewegungen in dem durch das Metronom
en normalen Rhythmus, so daß Normal- wie Vergleichsbewegung
en dauerte; dann wurde eine zweite Versuchsreihe unternommen,
r die Normalbewegung $^3/_4$ Sekunden und die Vergleichsbewegung
den dauerte; die Anzahl der falschen Fälle war in beiden Reihen
eich (27% und 28%), von ihnen aber waren in der ersten Reihe
der zweiten nur 53% Unterschätzungen. Der Grund für den er-
Einfluß der Schnelligkeit liegt nicht etwa in der Kontraktion der

Digitized by Google

feinere Unterscheidungsvermögen, soweit es in den Muskeln
seinen Sitz hat, erheblich reduziert erschien; aber ein Vergleich
nisse bei normaler passiver Bewegung mit denen bei normaler
weiterhin mit denen bei Gewichtswiderständen, und namentlich e
der Ergebnisse bei schneller passiver Bewegung mit denen bei s
tiver Bewegung zeigt nichts von einer so bedingten Überschät
mehr kommt zunächst die gesteigerte Geschwindigkeit selbst
durch welche die beiden Gelenkflächen schneller aneinander
und auch die Faltenbildung in den Gelenkkapseln sich schnell
so daß in der Zeiteinheit mehr sensible Endorgane gereizt werd
noch vollkommener ist die Erklärung durch die größere lebe
welche der Arm am Ende der schnelleren Bewegung besitzt, s
eine Art Stoßwirkung der gegenseitige Druck der Gelenkflächen
nimmt und durch eine Irradiation auch diejenigen sensiblen
gereizt werden, welche erst bei fortgesetzter Bewegung direkt er
wären. Daß entsprechend dieser Hypothese in den Kontrollvers
eine gesteigerte Unterschätzung eintrat, lag zunächst daran, daß
Schwelle der Geschwindigkeitsdifferenz nicht überschritten wurd
der Rückschluß von der Beschleunigung der zweiten Bewegung
ersten Bewegung unstatthaft. Jedenfalls spricht gegen die Annah
Raumschätzung und Bewegungsempfindung überhaupt nicht in de
sondern in den Muskeln und Sehnen sitze, abgesehen von den
Goldscheiders und anderer die erwähnte Übereinstimmung zwisc
und passiver beschleunigter Bewegung in bezug auf die Übersch
die Bedeutungslosigkeit des Unterschiedes von Aktivität und Pa
Armlage, der Behinderung durch Gewichtswiderstände für die P
Schätzung. Die Gleichgültigkeit der Armlage beweist auch, da
diesen Versuchen um Bewegungs- nicht um Lageempfindungen
Ein konstanter Zeitfehler trat nicht hervor. Die Abweichungen s
tate von denen anderer Forscher führt Verf. auf die anderen Bedi
früheren Versuche zurück, die aber auch „feinere" Feststellunge
der quantitativen Unterschiede zwischen Normal- und Vergleic
unmöglich machten.

Gordon, Käte, Über das Gedächtnis für affektiv bestim
drücke. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. VI, S. 437–
Külpe, O., Bemerkungen zu vorstehender Abhandlung.
Bd. VI, S. 459—464.

Es handelt sich um den Einfluß der Annehmlichkeit oder
lichkeit gewisser visueller Erlebnisse auf die Genauigkeit der Eri
diese Erlebnisse. In der ersten Versuchsgruppe saß die Ver
Digitized by Google

Sekunden lang an, um nachher ihre Erlebnisse genau zu Protokoll
im ganzen wurden 30 Figuren gezeigt und sechs psychologisch
Versuchspersonen (Herren und Damen, In- und Ausländer) heran-
las Protokoll wurde so ausgenutzt, daß „jede unabhängige Tatsache
nmung, die die Versuchsperson bemerkt und wiedergegeben hatte",
erechnet und an der Anzahl der richtigen Punkte die Genauigkeit
erung gemessen wurde. Die Bilder wurden von den Versuchs-
als schwer oder mittelschwer oder leicht bezeichnet. Mitgeteilt
die gefälligen, mißfälligen und indifferenten Bilder in jeder dieser
ben die Anzahl der Versuche und die Durchschnittszahl der er-
unkte mit der zugehörigen mittleren Variation, sowohl für jede
ersuchsperson getrennt, als für alle zusammen. Drei Wochen nach
Exposition wurden dieselben Bilder, untermischt mit einigen
hmals gezeigt. Es ergaben sich beide Male keine eindeutigen Werte
nfluß des Unterschiedes zwischen gefälligen, mißfälligen und in-
Bildern. Auch als 50 schwarzweiße Bilder verwendet wurden,
nach der ersten noch nach der zweiten Exposition dieser Einfluß
ides fehlte es in all diesen Versuchen an objektiven Kriterien für
chbarkeit der Komplexität der Bilder wie auch für die der mög-
kte in Zahl, Art und Bedeutung; die Bilder zeigten ferner apper-
d assoziative Schwierigkeiten; endlich waren auch die Schwierig-
Beschreibung durchaus nicht immer die nämlichen. Daher wurden
m Dunkelzimmer bei gleichmäßiger Beleuchtung vorgenommen, und
iner Expositionsdauer von nur einer Sekunde, um das Abschweifen
erksamkeit und eine allzu geringe Fehlerzahl zu verhüten; als
enten 40 vierseitige Karten, in deren jeder neun mit farbigen
ttchen überzogene quadratische Felder ausgeschnitten waren; die
rden auf einen Schirm projiziert; in jeder Figur kamen drei bis
m ganzen sieben verschiedene Farben (Rosa, Rot, Orange, Gelb,
und Violett) zur Anwendung; die Versuchsperson saß 7 m vom
fernt und konnte, da das ganze Bild in seiner Diagonale 1,15 m
Farben im indirekten Sehen leicht erkennen; ein mit Leuchtfarbe
r Fleck diente als Fixationspunkt. Die Versuchsperson hatte die
Farben und Stellen nach vorher verabredeten Bezeichnungen zu
jede richtig genannte und lokalisierte Farbe galt als drei Punkte
rizontale und verticale Reihe); falsche Lokalisierung einer richtig
en Farbe zählte als ein Punkt; war die Lokalisation nur in
beiden Reihen falsch, dann zählte die Angabe als zwei Punkte;
uch der Fall, wenn bei richtiger Lokalisation Rot mit Rosa, Blau mit
lb mit Orange verwechselt wurde. Auch diese Versuche wurden
später wiederholt. Trotz der verbesserten Versuchsbedingungen
las Resultat wieder stets negativ. An Nebenergebnissen hebt
nde hervor: In den ersten Versuchen traten Assoziationen auf,

Digitized by Google

und zwar als Erinnerungsbilder oder Wortvorstellungen, jedoch
Anzahl wieder keine eindeutige Beziehung zu der Unterscheidun
gefälligen, mißfälligen und gleichgültigen Bildern; nur ein gewisser
mus zwischen der Zahl der Erinnerungsbilder und Wortvorstellung
sich bei zwei Versuchspersonen bemerkbar. Die Gründe des Gefall
Beschaffenheit der einzelnen Farben (Nuance, Glanz, Sättigung und
Stimmung), Zusammenstellung der Farben, geschickte Zeichnung,
und Einheit der Figur, Regelmäßigkeit, unter Umständen Unrege
Bedeutung oder Inhalt (assoziativer Faktor), Neuheit und Wiede
Gründe des Mißfallens waren: Beschaffenheit der einzelnen Fa
Zusammenstellung, Unbestimmtheit der Form, Unregelmäßigkeit
losigkeit. Für das Wiedererkennen machte es keinen Unterschied,
um gleichgültige, gefällige oder mißfällige Eindrücke handelte; bei
Versuchen wurden fast alle Bilder wiedererkannt, bei den späte
keine. Es überwog eine Verbesserung der affektiven Wirkung in
rung. Nur bei sehr wenigen Bildern stimmten die Versuchsperso
Beurteilung der Gefühlsbetonung überein, am meisten noch bei
nehmen Bildern; auch die Beurteilung der Schwierigkeit der Aufg
selten eine Übereinstimmung. Die Erinnerungen an die leichte K
wogen nach der ersten Exposition, während nach der zweiten
diese Erscheinung weniger scharf ausgeprägt war. In der „Erklä
Resultate" weist Verf. auf die angegebenen individuellen Diffe
auf den Unterschied zwischen dem direkten und indirekten Einflu
fühls auf den Gedächtnisprozeß hin; direkt ist der Einfluß bei
gesteigerter Tendenz zur Assoziation und Reproduktion; indirekt is
ein Anziehen oder Abstoßen der Aufmerksamkeit als Vermittlu
letzteres war in diesen Versuchen nur gelegentlich vorhanden. Z
setzt sich die Verf. noch mit den Erörterungen über den Zusamme
Gefühl und Gedächtnis, wie sie von *Ribot*, *Titchener*, *Horwicz*, *Faut
Colegrove* und *Kowalewski* gemacht wurden, auseinander.

Im Anschlusse an diese Ausführungen bemerkt *Külpe*, daß a
Dauer und Lebhaftigkeit der Empfindung und ihre Beziehung
Bewußtseinsinhalten, ferner die Perseverationstendenz, die Reprodu
die Reproduktionstendenz und die Assoziabilität, endlich die Bed
die Aufmerksamkeit, das Wollen und Handeln von dem Gefühl
sein kann. Was nun die Reproduktionstendenz, Bereitschaft, Pers
tendenz, Reproduzierbarkeit, Assoziationsfestigkeit und Assoziabilit
findung anlangt, so kann sie durch das Gefühl gefördert oder
gesteigert oder verringert werden: Lust und Unlust können g
oder ungleichsinnig, direkt oder indirekt wirken. All dies gilt
einem Empfindungskomplex, wie er den *Gordon*schen Versuchen
lag. Die Stärke der Reproduktionstendenz zeigte sich in diesen
hängig von dem affektiven Charakter des Eindrucks. Aber diese U
keit ist auch bei den Empfindlichkeit und Unterschiedsempfindli

rung bestimmter wissenschaftlicher Aufgaben, bei dem Wollen und ach Prinzipien erwiesen. Es handelt sich eben um eine „Emanzi- Intellekts und des Willens von den Gefühlen der Lust und Unlust", leichter gelingt, je einfacher und durchsichtiger die Aufgabe und zu ihrer Lösung sind. Hat das Gefühl einen Einfluß auf den so ist er ein mittelbarer und mehrsinniger (Befestigung oder g der gestellten Aufgabe, die durch Lust oder Unlust an der Aufgabe bedingte Beförderung oder Beeinträchtigung der Lösung). ner prinzipieller Gegensatz in der Wirkung von Lust und Unlust ellektuellen Prozesse besteht jedenfalls nicht, wobei übrigens noch ktiver und passiver Lust bzw. Unlust zu unterscheiden wäre. en die Versuche, daß Lust und Unlust keine Grundlage des Wieder- ausmachen, sie sind zu wenig differenziert, um als Reproduktions- die Besonderheiten der Vorstellungen zu dienen. Das spricht ‚pluralistische Lust- und Unlusttheorie" im extremen Sinne, ohne bereits die einfache Lust- und Unlusttheorie in ihrer strengen Form zu machen; gegen jene spricht aber auch die Tatsache der Ge- gung. Endlich weist *K.* auf den Mangel hin, daß bei *G.* sich erte für jede Versuchsperson auf verschiedene Objekte beziehen individuellen Differenzen bei der Beurteilung der Gefühlsbetonung hwierigkeit, welch letztere sich auf die sinnliche Auffassung, auf gung der Elemente und ihrer Anordnung, auf die Beschreibung e Beziehung zu den vorangegangenen Versuchen stützen konnte, e sich allerdings vorschriftsmäßig nur auf das erste Moment te.

F., Über einige geometrisch-optische Täuschungen. Arch. ges. Psychol. Bd. VI, S. 289—305.

horizontale, frei endende Gerade von 30 mm erscheint größer als lange, die am Ende eine vertikale Begrenzungslinie hat oder den Schenkel eines rechten Winkels bildet; ist letzterer gleichschenklig, eint der vertikale Schenkel als die größte von allen drei Linien. liegt in dem Unterschiede zwischen Ruhe und Bewegung oder in iedenen Graden der Leichtigkeit in der Bewegung des Auges. ente kommen bei allen konstanten und variabeln Strecken- in Betracht. Daher erscheint bei vier gleich langen horizontalen n denen die eine in der Mitte, die andere nach dem Ende zu über sich hat, die dritte zwischen den beiden Scheitelpunkten innen spitzer Winkel liegt und die vierte frei endet, die letztere, strecke, länger als die erste, dagegen kürzer als die beiden Wird bei der zuerst genannten Täuschung die Begrenzungslinie so schwächt sich die Täuschung durch Kontrast im *Wundt*schen

rechten Winkel. Anders, wenn es sich um eine beiderseitige
handelt. Sobald die gleich langen vertikalen Begrenzungslinien e
Länge überschritten haben, wird die eingeschlossene Horizontale u
wobei allerdings ein gewisser Wettstreit der miteinander verglichen
auftritt, weil bald die Normal- bald die Vergleichsstrecke mit relati
oder bewegtem Auge erfaßt wird. Fügt man an den Scheitel
rechten Winkels eine nach oben links gerichtete Gerade an und
diese drei Linien dieselbe Länge wie eine frei endende horizont
so erscheint die schräge Linie noch größer als die senkrechte, ist
bar die größte unter allen vier Linien, weil sie sich dem
zuerst und sofort aufdrängt (*Schumann*) und weil in ihrer R
Blick wandert; ein Wettstreit bei längerem Betrachten trat hie
Vergleich der schrägen und senkrechten Linie ein, da infolge
der Blick leicht von einem Stück zum andern wandern kann und
Vorgang der Vergleichung Veränderungen geschaffen werden, d
Momenten der Bewegung und Ruhe des Auges beruhen; dem pers
Sehen spricht hierbei der Verf. im Gegensatz zu *Ebbinghaus* keine
Bedeutung zu, da es von den meisten nur auf Aufforderung hin ge
Wird eine Horizontale um ein Stück, das durch einen kleinen
Teilstrich von ihr getrennt ist, verlängert, dann erfährt sie eine
zung; wird die Verlängerung kontinuierlich fortgesetzt, dann tri
von einem bestimmten Punkte an eine fortschreitende Vermin
Täuschung auf bis zu einer zweiten Stelle, von welcher an die
längerung wirkungslos bleibt; die Überschätzung der Vergl
schwindet aber nie, so groß auch objektiv ihre Länge und Verlä
gleicht letztere der Vergleichs- bzw. Normalstrecke, dann tritt ei
hervor. Aus diesen Tatsachen folgert Verf., daß bei der *Müller*
Figur nicht der Kontrast die Hauptrolle spielt. Zum Nachweis
gleicht er eine frei endende 15 mm lange Horizontale mit vier an
großen wagerechten Geraden, von denen je zwei einseitig und beid
ein durch einen kleinen vertikalen Strich getrenntes Stück verl
und zwar das eine Mal um 5, das andere Mal um 30 mm. Die
seitigen Begrenzungen bedingen eine Überschätzung, bei den bei
seitigen ist nicht das Verhältnis zur Normalstrecke in dem ein
Umkehrung von dem in dem andern Falle, wie es der Kontras
würde. Dieser wirkt also nur schwach mit und wird oft durch
der Augenbewegung verdeckt, so daß bei starrer monocularer
Täuschung bei der Strecke zwischen den kleinen Ansatzstücken
und die Linie zwischen den beiden großen Ansatzstücken als
von allen erscheint. Vielmehr handelt es sich hier vor allem
Augenbewegungen beruhende „Einstellungstäuschung", wie schon
betonte. Beim gewöhnlichen binokularen Sehen wird die Normals
mit relativ ruhigem Auge erfaßt, bei einseitiger Begrenzung

mmen die Bewegung, so daß die eingeschlossene Strecke mit relativ
Blick erfaßt wird. Es handelt sich hier um ähnliche Vorgänge
er Verlängerung der Schenkel in der *Müller-Lyer* schen Figur. Aber
mung ist nur eine relative; denn vergleicht man in der *Müller-*
n Figur die eingeschlossene Gerade mit der gleich langen frei
so wird jene selbst bei sehr langen Schenkeln noch überschätzt.
n treten auch bei einseitiger Begrenzung durch gleiche langschenk-
el dieselben Erscheinungen auf, wie bei einseitiger Verlängerung.
auf die Mitwirkung perspektivischer Nebenvorstellungen stellt sich
lie Seite *Wundts*, während er die *Lipps* sche Theorie nur als Erklärung
ngen, nicht der Ursachen der Täuschungen akzeptiert. Dem Text
Figuren eingezeichnet.

uigi, Ein Beitrag zur Kenntnis der variabeln geometrisch-
schen Streckentäuschungen. Arch. f. d. ges. Psychol.
VI, S. 306—315.

Überschätzung einer ungeteilten horizontalen Geraden gegenüber
er Mitte geteilten, bei der übrigens die gegenseitige Lage der neben-
befindlichen Strecken eine individuell verschiedene Bedeutung hat,
ner mehr ab, je mehr der Teilpunkt sich einem Ende nähert, und
ch einigen Oszillationen an einem bestimmten Punkte in ihr Gegen-
verschiebt sich der Teilpunkt über diese Stelle hinaus noch mehr
, zu dann wird die neue Täuschung immer deutlicher. Diese Er-
en beobachtete Verf. an zwei wagerechten Graden von je 30 mm
e in einem Abstande von 15 mm nebeneinander lagen und auf
rton von 18 cm Länge und 10 cm Breite gezeichnet waren. Der
war schon deutlich vorhanden, wenn der Teilpunkt 10 mm von der
erückt war. Sind daher beide Strecken geteilt, liegt aber der
bei der einen 2 und bei der anderen 5 mm vom Ende ab, oder
ei der einen in der Mitte und bei der anderen 3 mm jenseits von
nn erscheint dort die erste und hier die zweite Strecke als die
Auch bei Punktdistanzen von gleicher Länge, die neben und unter-
liegen, tritt dasselbe Phänomen auf, abgesehen davon, daß hier
i Lage des dritten Punktes, als des Teilpunktes in der Mitte der
anz, Oszillationen sich zeigten. Den Grund sieht Verf. mit *Wundt*
3 die Strecken sich je nach der Erleichterung der Fixation oder
e der Nötigung zu Blickbewegungen ändern; letztere sind nötig,
Teilpunkt von der Mitte abrückt und so keinen Ruhepunkt mehr
ick abgibt, ja womöglich zu einem Abwägen der Größenunterschiede
ährend die ungeteilte Strecke mit relativ ruhigem Blick umfaßt oder
g durchlaufen werden kann. Ähnliche Täuschungen illustriert Verf.
eder je 30 mm langen Horizontalen, über denen zwei Dreiecke von

Digitized by Google

seitigen Entfernung von wiederum 15 mm nebeneinander, die fr
darüber; ist nun das eine Dreieck gleichschenklig und das ander
seitig, dann erscheint die freie Gerade am längsten infolge ähnliche
wie sie bei der *Müller-Lyer*schen Figur in Betracht kommen; bei
Dreiecken erscheint die Grundlinie des gleichseitigen kleiner a
anderen, weil bei jenem die Spitze über der Mitte liegt; je mehr
Spitze nach dem Ende der Grundlinie zu rückt, um so deutliche
Überschätzung. Diese tritt auch hervor, wenn bei den beiden Dr
eine Schenkel in Wegfall kommt. Endlich setzt Verf. mehrere gle
ecke untereinander, von denen das oberste ganz schwarz aus
während die anderen keine vertikalen Begrenzungslinien haben
weniger horizontale Geraden, die zueinander und zu den beiden Be
linien parallel und zwischen den letzteren liegen, aufweisen, je tie
befinden. Mit der Abnahme der Helligkeit nimmt die Länge der
ab; ferner aber nimmt auch die Erschwerung der Blickbewegung
scheinbar die Höhe zu, je weniger Zwischenlinien vorhanden sind
aber wieder nur bis zu einer gewissen Anzahl von Zwischenlin
diese noch weiter ab, dann nimmt auch wieder die scheinbare Höh
Arbeit sind elf Figuren im Text beigegeben.

Störring, G., Experimentelle Beiträge zur Lehre von
Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. VI, S. 316—356.

Von der Empfindungslust wird die Stimmungslust unt
welche bei einem Geschmacksreiz (verdünnter Himbeersaft mit
Zitronensaft) dadurch erzeugt wurde, daß die Lösung geschluck
von der Empfindung abgesehen wurde, so daß mit dem Schluck
schmacksreiz als eine „erledigte Tatsache" galt. Versuchsperso
drei psychologisch geschulte Herren. Sie gaben an, daß an der
lust alle jeweilig vorhandenen Bewußtseinsinhalte teilhaben, an
dungslust nur der Geschmacksreiz; jene glich der Lust bei
Stimmung. Zur näheren experimentellen Erforschung dieses Un
wurden Dynamometerversuche angestellt, und zwar zunächst im i
Zustande, dann in der Empfindungslust, dann wieder im indiffe
stande und schließlich in der Stimmungslust; vor jedem Versuc
das Signal „jetzt" zwei Sekunden nach der Vorbereitung durch
„bald"; auf einen Wechsel der Zeitlage wurde Rücksicht geno
Beschreibung erfolgte zum Teil spontan, zum Teil durch vorsic
fragen. Die Versuchspersonen stimmten nun darin überein, daß
findungslust während des Versuchs eine Herabminderung ihrer
erfuhr und durch die dynamometrischen Spannungsentwicklunge
intensität verliere, um nachher wieder daran zu gewinnen, währe
Stimmungslust diese Erlebnisse fehlen; bei zwei Versuchsperso

m Unterschiede von der ersteren auch eine Steigerung der Tendenz
oduktion angenehmer Vorstellungen, auch soll sie von einer Er-
; des Bewußtseinsfeldes begleitet sein, so daß die Stimme des Ver-
ers, das Ticken des Chronometers usw. beachtet wird, während bei
indungslust die Aufmerksamkeit auf den Geschmacksreiz konzentriert
ch soll bei dieser der Impuls zur Bewegung ein Sich-Losreißen von
nötig machen, während bei der Stimmungslust die Vorstellung der
enden Bewegung an dem Lustzustande teil hat. — Dieser „sub-
sychologischen Charakteristik“ folgt eine „objektiv-
graphische Charakterisierung“, wobei die thoracale und ab-
Atmung getrennt registriert wurden, und zwar wie Verf. hervorhebt,
en Male. Mitgeteilt werden die Werte für Höhe und Niveau der
Kurven, ferner für diese beiden und die Kurvenlänge der all-
Durchschnittswert, endlich die Differenz zwischen der durchschnitt-
ndifferenten und lustbetonten Kurvenhöhe, sowohl in der thora-
e in der abdominalen Atmung; von einigen Versuchen werden auch
en wiedergegeben. Es ergab sich, daß in der Stimmungslust beide
kurven stets eine größere Höhe erreichen, und zwar steigt in allen
e thoracale stärker als die abdominale; die Atemfrequenz war herab-
n bezug auf das Niveau differierten die einzelnen Versuchspersonen.
mpfindungslust dagegen war die Frequenz gesteigert, die thoracale
ominale Atmung bei schwacher und mittelstarker Lust verflacht und
er vertieft, ohne daß das bei der Stimmungslust angegebene Ver-
er beiden Atmungsformen hervorträte. — Stimmungsunlust zog Verf.
den Kreis seiner Beobachtungen. Die Atemkurven für sehr starke
dungsunlust zeigen große individuelle Differenzen durch Verschie-
in der Aktivität der Versuchspersonen. Sonst ergab sich eine Ver-
g des Quotienten aus Inspirations- und Exspirationsdauer, während
ust eher das Gegenteil hervortrat; ferner war die in der Indifferenz
handene Konkavität der Exspirationskurven bei Unlust abgeschwächt
Konvexität verwandelt; war letztere schon in der Indifferenz vor-
dann erfuhr sie in der Unlust noch eine Steigerung. Die Unlust
orgerufen durch Kochsalzlösung, Tictura Gentianae und Essig. —
h wird noch der „Einfluß des Gefühls auf die äußeren
handlungen“ behandelt unter Zugrundelegung der Dynamometer-
bei einfacher, sensorischer und motorischer Vorbereitung. Dem
etzt“ ging immer der Zuruf „bald“ zwei Sekunden voraus. Bei
ner Vorbereitung wurde bei „bald“ die „Jetztvorstellung“ fixiert, um
“ sofort zu reagieren. Bei der motorischen Vorbereitung wurde bei
eine die geforderte Bewegung vorbereitende Spannungsinnervation
effenden Muskulatur“ vollzogen. Reagiert wurde mit maximalem
ie Zeit wurde mit einer Fünftelsekundenuhr gemessen; Ermüdung
rch Vereinigung von nur vier bis sechs Reaktionen zu einer Gruppe

folgende Sätze auf: Bei sensorischer Vorbereitung und Unlu
Fixierung der Jetztvorstellung leichter, intensiver und konstanter,
die Unlust fehlt; die Unlust mindert sich nach Eintritt der Vorber
sprechend der Intensität in der Fixierung der Jetztvorstellung, um i
der Reaktion noch mehr zurückzutreten; ja ist die Unlust stark,
während der Unlustreizung ein Lustgefühl auf und bei der Reaktio
ein angenehmes Gefühl der Lösung, bei einer Versuchsperson ging de
bereits eine lustbetonte Erwartung vorher; nach der Reaktion tri
lustgefühl wieder hervor; der Bewegungsimpuls ist größer als bei
Vorbereitung mit Unlust oder bei sensorischer Vorbereitung ohn
schließlich soll noch mit der sensorischen Vorbereitung eine geste
regbarkeit verbunden sein. Die motorische Vorbereitung ist
erschwert, es treten Schwankungen zwischen dieser und den Span
findungen auf; die schwache, mittelstarke und starke Unlust wird n
herabgemindert als bei sensorischer Vorbereitung, indem die Span
findungen mit der Unlust verschmelzen. Objektiv zeigte sich ei
Steigerung des motorischen Effekts bei motorischer als bei se
Vorbereitung, aber auch bei dieser ist er größer als bei einfacher
tung. Die Unlust steigert bei einfacher Vorbereitung den Effekt en
ihrer Intensität, wobei allerdings sehr schwache Unlust nicht zur Be
kam; dies trifft auch bei sensorischer Vorbereitung zu, ja bei ei
mittlerer Intensität ist die Steigerung hier noch größer als dort; b
scher Vorbereitung ist die Steigerung durch die Unlust ebenfalls
aber in geringerem Grade als bei der sensorischen Vorbereitung
sich über ihr Verhältnis zur einfachen Vorbereitung nichts Besti
mitteln ließ. Verf. verhehlt sich übrigens nicht die Mängel des
meters, denen es auch zuzuschreiben ist, daß sich über den E
Lust auf den motorischen Effekt nichts Sicheres eruieren ließ. D
Verf. die Fortführung dieser Versuche an einem von ihm konstruie
graphen in Aussicht. Bis dahin will er auch die theoretische Disk
Versuche verschieben und begnügt sich jetzt mit der Feststellung,
Unlust auf das Zustandekommen der Willenshandlungen
mittelbarer Wirkung ist. Wünschenswert wäre auch noch e
suchung über die Änderung der Erregbarkeit der Großhirnzentren
und den verschiedenen Arten der Vorbereitung.

Kelchner, Mathilde, Die Abhängigkeit der Atem- und
änderung vom Reiz und vom Gefühl. Arch. f. d. ges.
Bd. V, S. 1—124.

Nach einer sehr eingehenden Darstellung und Kritik von
Untersuchung: „Die körperlichen Äußerungen psychischer Zuständ
behandelt Verf. zunächst die „Abhängigkeit des Gefühls un

cksreize (Tinctura chinae composita, eine Quassiaextraktlösung, Sac
erdünnte Zitronensäure und Himbeersaft, von denen einige Tropfe
Pipette auf die Zunge geträufelt wurden), Farbenreize (Gelatine- un
Pigmentblätter) und Schallreize (Stimmgabeltöne mit und ohn
ngen). Bei den Geschmacksreizen traten in bezug auf die Qualitä
nsität des Gefühls starke individuelle Differenzen hervor, so da
s die Unterscheidung von starken und schwachen Gefühlen je nac
nzentrationsgrade zu erzielen war und nur Süß und Bitter im all
dem Unterschiede von Lust und Unlust entsprachen; bei de
izen suchten zunächst die Versuchspersonen die gefühlsbetonten aus
ten stimmten die Schallreize zu den Absichten des Versuchsleiters
ittlung der körperlichen Ausdrucksformen wurde die Pulsfrequenz i
zelnen Zeitabschnitten, Fraktionen von je 10 Sekunden, sobald di
phiontrommel ½ cm in einer Sekunde zurücklegte, berechnet, un
urde dann das Verhalten in der ersten Fraktion des Gefühls
s mit dem in der letzten Fraktion des Indifferenzzustandes ver
aber auch die Mittelwerte aus der ganzen Zeit der Gefühlsdaue
mitgeteilt und zu denen aus dem gleich langen Indifferenzzustand
hung gesetzt. In derselben Weise werden die Werte für di
quenz berechnet; endlich wurde die Abweichung der mittlere
e von der Norm, sowohl getrennt für die thoracale und abdo
Atmung als auch für beide zusammen ermittelt. Als Versuchs
dienten außer Professor *Meumann* sechs Studenten und Studen
— Es ergab sich für Lust bei Geschmacksreizen eine Beschleunigung
en- und Schallreizen eine Verlangsamung des Pulses; jene tritt scho
ersten Fraktion, diese erst im Gesamtmittelwerte deutlich hervo
n Angaben der Versuchspersonen. die stets protokolliert wurden, z
war die Beschleunigung bei schwacher Lust größer als bei starke
sie durch die Art des Reizes bedingt ist, während dem Lustgefüh
sverlangsamung zukommt. Die Atemverhältnisse zeigen starke in
e Differenzen; im Durchschnitt bedingt die Lust eine Beschleunigung
lachung der thoracalen wie der abdominalen Atmung. Bei Unlus
Puls beschleunigt, und zwar um so mehr, je stärker die Unlust ist
qualität ist ohne Einfluß. Bei der Atmung treten wieder starke in
e Unterschiede hervor; im allgemeinen herrscht auch hier eine Ten
r Beschleunigung. Die Reizqualität war nicht von Bedeutung, da
ielte der Unterschied von starker und schwacher Unlust eine Rolle
acale und abdominale Atmung änderten sich nicht immer in gleichen
Den Grund für das verschiedene Verhalten von Atem und Puls sieh
dem Einfluß des Willens auf jenen. — Um Spannung und Lösung
rufen, wurden vier verschiedene Arten von Versuchen angestellt
wurde der Beginn des Versuchs durch „jetzt“ signalisiert, abe
; hierbei treten aber zuweilen Unruhe und Unlust auf. Sodann

wachsendem Intervalle erzeugt; bei einigen Versuchspersonen trat
oder Unlust auf, und durch den Schlag stellte sich Lösung ode
ein, so daß die Zustände der Spannung und Lösung ineinand
Zweckmäßiger war es, auf ein Signal hin, das einige Sekunden
Kommando „bereit“ erfolgte, ein Dynamometer zusammenzudrücke
zögertem Signal ergab sich reine Spannung, aber die Lösung trat
Kontraktion nicht rein zutage. Daher wurden auch Reaktionen du
drücken eines Tasters vorgenommen, bei denen ebenfalls das Sig
wenige Sekunden nach dem Kommando „bereit“ erfolgte. Der Krä
war hier zu gering, um etwaige Symptome der Lösung, die von de
person wieder auf Grund der Selbstbeobachtung anzugeben wa
wischen oder die Selbstbeobachtung zu stören; die sensoriellen o
lären Reaktionen übertrugen sich auf die Kymographiontrommel,
Uhr entbehrlich war. Der Puls war während der Spannung du
beschleunigt; der Atem zeigte dagegen wieder in bezug auf Fre
Tiefe individuelle Unterschiede, aber nicht regellose, sondern ty
die einzelnen Versuchspersonen. Die Verschiedenheit des Bewußtsein
(Lust oder Unlust während der Spannung) blieb hierbei ohne Ei
Niveauänderungen der Atmungskurven und Abhängigkeiten von
sition der Versuchsperson traten auf. Die Lösungssymptome wa
der Spannung entgegengesetzt. Eine Verbindung von Lust od
mit Spannung wurde hervorgerufen durch Signalisierung und
Applikation von angenehmen oder unangenehmen Sinnesreizen.
die Lösung an die Stelle der Lust oder Unlust; eine resultier
kung verschiedener Ausdrucksformen war nicht zu beobachte
aber die Lust der Lösung, wie beim Herunterschlucken von H
einige Zeit nach der Applikation, dann traten auch im Puls
symptome auf.

Im zweiten Teil werden die Ausdrucksformen von „Affe
handelt. Schmerz wurde dadurch erzeugt, daß eine unverstellba
schraube, wie sie bei Gummischläuchen verwendet wird, an den N
Fingers der rechten Hand angelegt wurde; seine Intensität schwa
Person, Lage der Klemmschraube und nach dem Finger; die Ve
sonen sollten den Schmerz so lange wie möglich ertragen, um
Signal zu geben. Hier schwanken die Ergebnisse auch in bezu
Puls infolge der ungleichen Schmerzempfänglichkeit der Versuchspe
Atemverhältnisse variieren selbst bei derselben Person von Versu
such, ja sogar während desselben Versuchs, noch mehr natürlich
zu Person; nur eine gewisse Tendenz zur Beschleunigung schein
wie Atmung vorzuherrschen. Auch der Einfluß der Spannung auf
druck des Schmerzes trat nicht eindeutig hervor, letzterer wurde
der Unlust unterschieden. — Schreck wurde bei einer Versuchsp
vorgerufen, als sie bei Blitzlicht photographiert wurde; der Puls

ens eine heftige Inspiration, dann thoracale Unregelmäßigkeiten und
g auf. Auch bei einer Wiederholung traten diese Symptome, wenn
bgeschwächter Form, auf. In beiden Fällen verbanden sich körper-
nderungen mit der Reizapplikation, auch eine Wärmezunahme wurde
n. — Die Beobachtung anderer Affekte wurde dem Zufall überlassen.
eine Studentin vor der mündlichen Doktorprüfung, am Vormittag
ges stellte sie sich noch für Versuche zur Verfügung; die Erregung
ich in einer Pulsbeschleunigung bei schnellem und flachem Atem;
st führte ebenfalls zu einer starken Pulsbeschleunigung, aber bei
und verlangsamter Atmung, wobei aber nur die Exspiration ver-
die Inspiration dagegen beschleunigt war; die bei der Konzentration
nehme Vorstellungen signalisierte Apathie äußerte sich in lang-
uls und gehemmtem Atem. Acht Tage nach glücklich bestandenem
führte die Erinnerung hieran zu einem langsamen Puls, während der
äßige Atem deutlich zur Verflachung und Beschleunigung und zu
itzen Übergange vom Exspirium ins Inspirium tendierte; die Er-
an ein unangenehmes Erlebnis während des Examens führte eine
lsverlangsamung, Beschleunigung und Verflachung der Atmung her-
eine andere Studentin eines Tages über eine Unannehmlichkeit sehr
gt war, zeigte sich schneller Puls, vertieftes Atmen mit spitzen
als sie nach einiger Zeit Erleichterung signalisierte, verflachte und
igte sich die Atmung bei Abrundung der Gipfel und Steigung des
während sich der Puls verlangsamte; nach einiger Zeit trat wieder
d Abspannung bei vertieftem Atem, jedoch ohne spitze Gipfel und
eschleunigung auf. In einem hierauf folgenden zweiten Versuche
h die Versuchsperson zunächst auf angenehme Vorstellungen
eren, um sich dann ihrer Aufregung wieder hinzugeben; jenes
r nicht ganz, aber der Puls zeigte doch eine Verlangsamung,
eine Verflachung und Beschleunigung; bei der folgenden Un-
jener beschleunigt, dieser vertieft, aber nicht spitzgipflig, in
frequenz folgte auf eine Verlangsamung eine Beschleunigung.
dritten Versuchsperson führte der Ärger über eine nicht
chenaufgabe zu flachem und beschleunigtem Atem bei schnellem

ritten Teil handelt es sich um „die Abhängigkeit der Aus-
orgänge von willkürlich reproduzierten Vorstellungen".
ese unlustbetont, dann zeigten sich die der betreffenden Versuchs-
genen Unlustsymptome (vertiefter und verlangsamter Atem und be-
er Puls); als hierauf ein Ärger über das Ablaufen des Kymographions
ar die Atmung verflacht und beschleunigt. Bei lustvollen Vor-
zeigte dieselbe Versuchsperson langsamen Puls bei beschleunigter
chter Atmung. Um die Lust oder Unlust bei Wahrnehmungen mit
orstellungen zu vergleichen, wurde derselben Person zunächst ein

Brief entfernt wurde, verlangsamte sich der Puls, während die Ate
unverändert blieb und die Atemtiefe noch weiter abnahm; hierauf
zweiter lusterregender Brief gezeigt, wodurch eine Pulsverlangsam
Atemverflachung und -beschleunigung hervorgerufen wurde, nach s
nahme blieben diese Symptome weiter bestehen; endlich wurde
unangenehmer Brief gezeigt, wobei sich eine Pulsbeschleunigung,
tiefung und Verlangsamung der Atmung einstellte, auch diese
blieben nach Wegnahme des Briefes bestehen. Nach zwei Tagen
dieselbe Versuchsperson alle drei Briefe in der nämlichen Reihen
stellen, es wiederholten sich die Ausdrucksformen des ersten Ve
daß kein Unterschied zwischen Wahrnehmungs- und Vorstellung
bezug auf die Ausdrucksformen besteht. Im übrigen war die Pulsb
gung stets deutlicher als die Pulsverlangsamung.

Im letzten Teil beschäftigt sich Verf. mit „Ausdrucksvorg
Selbstbeobachtung". Beide gehören zusammen. Jener allein r
aus, aber wenn möglich noch weniger diese allein. Denn abgesehe
allgemeinen Mängeln bloßer Selbstbeobachtung, kommt hier noch i
ihre Bevorzugung der objektiven Daten des psychischen Geschehen
Verschmelzung der Gefühle mit Organempfindungen und anderen
tuellen Momenten. So stößt schon die Aufnahme der Indifferenz
Schwierigkeiten. Das Experiment ist für die Selbstbeobachtung
unentbehrlich. Die Versuchspersonen werden dadurch auf leise Abı
ihres Gemütszustandes, die sie sonst übersehen, aufmerksam. Auc
des eigentlichen Versuchs bot die Ausdruckskurve solche Hinweise
beobachtung, zumal da sie ja oft auch das durch Abstumpfung bedin
vorhandensein angegebener Gefühle erwies. Ferner steuert das E
der Ungenauigkeit des sprachlichen Ausdrucks. Es empfiehlt si
den Versuchspersonen die Möglichkeit zur Beobachtung vieler und ve
artiger Zustände während des Experiments zu geben. Zeigte sic
der Tat zuweilen ein auffälliger Parallelismus zwischen Ausdruck
Daten der Selbstbeobachtung. Um diesen noch näher zu beleuch
Verf. die Pulsmodifikationen bei lust- und unlustvollen Geschmacks
sammen; die Versuchsperson signalisierte hierbei mit dem Lippe
das Eintreten des Gefühls wie seiner Intensitätsänderung. Durch
volle Reizapplikation war der Puls verlangsamt, um in den ersten
kunden nach Signalisierung der Lust eine Beschleunigung zu erfahre
ist am größten bei schwacher Lust, auch fällt in demselben Ve
Maximum jener mit dem dieser nicht zusammen. Im Augenblick
lustvollen Reizapplikation trat eine Pulsbeschleunigung auf, die
der Signalisierung der Unlust sich noch steigerte und um so größ
stärker die Unlust war. Die Pulsmodifikationen gingen fast stets de
modifikationen voran. — Der Arbeit ist eine große Anzahl von
Atmungskurven beigegeben.

Digitized by Google

R., Experimenteller Beitrag zur Psychologie des Urteils. r mehrere von dem Grade der Aufmerksamkeit abhängige ilsphänomene im Gebiete unsicherer taktiler Empfin- gen.) Zeitschr. f. Psychol. usw. Bd. 38, S. 34—50.

ittelst eines eigens konstruierten, in der Abhandlung abgebildeten beschriebenen Apparates wurden auf der Stirn der Versuchsperson er Richtung Striche gezogen und registriert. Der Kopf der Ver- n war durch Einbeißen in ein „Beißbrettchen" fixiert, und zwar r oder geneigter Haltung; geurteilt wurde rechts, links oder vertikal, n das untere Ende des Striches zur rechten oder linken Schulter r keiner zielte; während der Versuche waren die Augen geschlossen. gen erfolgten fast stets prompt und sicher. Die Senkrechte im rde bei gerader Kopfhaltung 2,5 cm seitlich von der Stirnmitte, gter Kopfhaltung in letzterer gezogen. Es wurden 254 bzw. e an zwei Taubstummen und 44 bezw. 64 Versuche an zwei nor- demisch gebildeten Herren angestellt; ihre Angaben wurden einem behufs sofortiger Eintragung in Form einer Kurve diktiert, und en normalen Versuchspersonen in fremder Sprache; aber auch als Ausdrücke verstanden, zeigte sich kein Einfluß im Ablauf des Ver- ergab sich durchgehend, daß die Angaben „Vertikal" sich anzes Gebiet von 5—30° erstreckten („unsicheres Feld"); ieses Feldes kamen auch Angaben „rechts" und „links" vor, so diese berührten oder überkreuzten oder durch ausschließliche Angaben voneinander getrennt waren. Die Lage des unsicheren hselte bei Wiederholungen desselben Versuchs. Folgten die Striche os aufeinander, sondern schlug die anfängliche Linksneigung durch on 1—5° des Transporteurs allmählich durch die Vertikalstellung n die Rechtsneigung um (Hinweg), und folgte dann die gleiche er Rechtsneigung ausgehende Anordnung der Versuche (Rückweg), o sich eine Verschiebung der Vertikal-Angaben im Sinne gung, so daß also auf die Stellen mit Vertikal-Angaben auf dem unmehr beim Rückwege noch Rechts-Angaben fielen. Auch bei r Wiederholung dieser beiden Wege trat dieses Phänomen, dem ndekommen des unsicheren Feldes zu danken ist, hervor. In Fällen kam bei Durchlegung der beiden Wege eine Verschie- gegengesetzt dem Sinne der Bewegung" zur Beobachtung. nnte auch jede Verschiebung fehlen, selbst bei fünf bis sechs folgenden Hin- und Rückwegen. Das letztere Phänomen kommt stande, daß „die Versuchsperson die taktile Empfindung gemerkt r Vorstellung resp. dem Urteil Senkrecht für diese Zeit fest ver- ". Die beiden ersten Erscheinungen dagegen beruhen auf „dem n dieser Verbindung". Nimmt man für die einzelnen Grade die

des unsicheren Feldes die meisten Vertikal-Angaben, während nach
Seite zu die Rechts-, nach der anderen die Links-Angaben zunehm
in dem ganzen Felde die Empfindung mehrdeutig ist, aber nur in
drei-, zu den beiden Seiten nur zweideutig ist und diese Doppe
nach den Grenzen zu immer mehr abnimmt. Nennt man die f
zelnen Grade in verschiedenen Versuchen abgegebene Anzahl
ihre Richtungswerte, dann läßt sich die Verschiebung im Sinne der
auch so ausdrücken, daß die Versuchsperson bei ihrem einmal ab
Urteile möglichst lange bleibt, während sie bei der entgegengese
schiebung bereits den geringsten Einschlag einer anderen Wertig
und danach ihr Urteil ändert. Da nun entgegen der Erwartung
Art der Verschiebung bei der geringsten Dichtigkeit der Angaben
relativ großem Abstand der aufeinanderfolgenden Grade, die letztere A
schiebung dagegen bei der größten Dichtigkeit der Angaben stattfind
der Grad der Verschiebung nicht in der Empfindung, sondern nur
merksamkeit liegen. Diese ist um so gespannter, je weniger die a
folgenden Empfindungen voneinander differieren oder je größer d
keit der Angaben ist. Auch die Versuchspersonen bemerkten be
schiebung im Sinne der Bewegung ein mehr passives, bei der a
mehr aktives Verhalten. Dagegen kann man jene Form der Verschie
durch eine Suggestion des einmal abgegebenen Urteils erklären, d
auftrat, als der Versuchsperson die wirkliche Richtung eines jede
jedesmal nach seiner Beurteilung genannt wurde. Auch genügt es
sagen, daß bei der Verschiebung im Sinne der Bewegung die Aufm
auf das Gleichbleibende, bei der anderen auf die Veränderung ge
denn die angegebene Abhängigkeit von der Dichtigkeit der Angaben
auch dann zu diesem Unterschiede in der Art noch einen solchen
der Aufmerksamkeit. Dementsprechend trat auch, wie erwähnt
schiebung im Sinne der Bewegung häufiger auf und erstreckte sic
weiteres Feld als die im entgegengesetzten Sinne. Endlich ergab
daß zumeist erst auf mehrere Verschiebungen im Sinne der Bew
Fälle mit der anderen oder mit ganz fehlender Verschiebung fo
letzteren gingen stets eng miteinander zusammen und entsprangen
gleichen „Seelenzustande" oder Aufmerksamkeitsgrade. Eine Ermüd
sich nicht, obgleich zuweilen länger als eine Stunde ununterbroch
mentiert wurde.

Alexander-Schäfer, Gisela, Zur Frage über den zeitliche
des Gedächtnisbildes für verschiedene Sinnesreize.
f. Psychol. usw. Bd. 40, S. 55—73.

Ein kurzes Referat über die ähnlichen Versuche *Paneths* und
geht der Schilderung der eigenen Experimente voraus. In diesen

ur die Hohlhand begrenztes zeitliches Intervall gegeben, das von
chsperson durch Niederdrücken eines Tasters mehrere Minuten hin-
roduziert werden sollte. Es handelte sich also im Unterschiede
oben angegebenen Thema um sog. Zeitsinnversuche. Des näheren
se so angeordnet, daß je ein elektromagnetischer Schreiber die
64 Schwingungen einer elektromagnetischen Stimmgabel in der
und die Reaktionen bzw. Metronomschläge, denen die das Intervall
den Reizsignale entsprachen, auf einer Kymographiontrommel
e. Die Versuchsperson mit dem Taster befand sich in einem Zimmer,
dem mit den anderen Apparaten durch ein mittleres getrennt
erhielt eine Reihe von gewöhnlich zehn Schlägen, die in stets
lntervallen aufeinander folgten; Beginn und Ende des Versuchs
esonders signalisiert; Hilfen, z. B. gedankliches Aufteilen der Inter-
ine bestimmte Taktfolge waren zulässig; die Reaktionen erfolgten
ar oder erst 1—5 Minuten nach oder noch während der letzten
erner entweder fortlaufend oder mit bestimmten Pausen. Die Ver-
onen waren zumeist musikalisch vorgebildet und außer der Verf.
ehrzahl Ärzte und Studenten der Philosophie. Die 43 akustischen
wurden an 19, die 28 optischen an 23 und die 14 taktilen Ver-
11 Personen vorgenommen. Es zeigte sich in bezug auf die
ßigkeit des Versuchsverlaufs, daß das reproduzierte Tempo ent-
nählich schneller oder langsamer wurde oder keine Schwankungen
als drei Stimmgabelschwingungen aufwies; die zunehmende Be-
ng oder Verlangsamung trat relativ am häufigsten bei den optischen
eltensten bei den akustischen Versuchen hervor, während in bezug
onstanz sich das entgegengesetzte Verhältnis zeigte. Im Beginn war
drei Verlaufsweisen das reproduzierte Intervall entweder kürzer
er als das signalisierte, oder glich ihm. Ein richtiger Beginn
den akustischen Versuchen in ungefähr $^2/_3$, bei den optischen
weniger als $^1/_3$ und bei den taktilen in etwas weniger als $^1/_4$
vorhanden; es erhielt sich die Richtigkeit während der ganzen
auer am häufigsten bei den akustischen und am seltensten bei
chen Versuchen; in eine Beschleunigung schlug sie am häufigsten
akustischen und am seltensten bei den taktilen Versuchen um,
sie in eine Verlangsamung am häufigsten bei den optischen und
sten bei den akustischen Versuchen überging. Eine anfängliche
ung des signalisierten Intervalls trat am häufigsten bei den optischen
eltensten bei den akustischen Versuchen hervor. Sie machte weitere
te am seltensten bei den akustischen Versuchen, während die beiden
ersuchsarten in dieser Beziehung keine Unterschiede zeigten; zu einer
ænden Verlangsamung führte sie am häufigsten bei den optischen und
sten bei den akustischen Versuchen; sie blieb endlich gleichmäßig am
bei den taktilen und am seltensten bei den optischen Versuchen. Eine
che Verlängerung des signalisierten Intervalls zeigten am häufigsten

die optischen und am seltensten die akustischen Versuche; sie nahm
zu am seltensten bei den akustischen Versuchen, während die beid
Versuchsarten sich in dieser Beziehung glichen; sie nahm imme
am häufigsten bei den optischen und am seltensten bei den akust
suchen; sie erhielt sich gleichmäßig am häufigsten bei den akust
am seltesten bei den taktilen Versuchen. Nach unrichtigem Be
nie während der weiteren Versuchsdauer für längere Zeit das rich
erreicht. Die Anzahl der Versuche an einer Person änderte nic
dem Charakter des Versuchsverlaufs, „so daß bis zu einem gewi
von einer individuellen Schreibung gesprochen werden kann". Je
Intervall war, um so seltener wurde es von den Versuchspersonen f
Eingeschobene Pausen zwischen Signal und Reaktion beeinflußte
such ungünstig. Pausen von zwei bis fünf Minuten innerhalb der
führten bei drei Versuchen zu einer fortschreitenden Beschleunigu
fänglich richtigen oder zu langsamen Tempos und bei vier zu einer
Innehaltung des anfänglich zu raschen oder zu langsamen ode
Tempos. Der Beginn der Reaktionen, während die Signale noch 1/2-
hindurch gegeben wurden, wirkte günstig, indem viermal das
richtige, einmal das anfänglich zu rasche Tempo innegehalten u
das anfänglich richtige Intervall fortschreitend verkürzt wurde.
Pause mehr als 5 Minuten reagiert, dann trat bei den optischen
in etwas weniger als der Hälfte, bei den taktilen in etwas weni
der Fälle keine Veränderung des weiteren Versuchsablaufs ei
übrigen Fällen zeigte sich infolge der Ermüdung plötzlich eine fort
Beschleunigung oder Verlangsamung, wobei die vorangegangene
weise entweder gesteigert oder in ihr Gegenteil verwandelt wurde,
nicht eine gleichmäßige war. Ein Einfluß des Geschlechts war
handen. Der Arbeit sind beigegeben eine Skizze der Versuchs
drei Mustertafeln für die Kurven auf der Kymographiontromm
einige Versuche jeder Art graphische Veranschaulichungen für
des Versuchs, wobei auf der Ordinate die Mittelwerte der rep
Intervalle und auf der Abszisse die zugehörigen Zeitteile abgetrag
angegebenen Intervalle durch eine zur Abszisse parallele Hori
zeichnet sind.

Taylor, Clifton O. Über das Verstehen von Worten un
Zeitschr. f. Psychol. Bd. 40, S. 225—251.

Worte oder Sätze werden verstanden, wenn ihre Bedeutun
durch sie bezeichneten Gegenstände gekannt werden. Dies erfolg
oder unmittelbar beim gleichzeitigen Erleben der letzteren, v
mittelbar bei Umschreibungen und Beispielen. Die erstere Meth
ursprüngliche, die letztere kommt namentlich beim Erlernen fremde
und bei gelesenen Texten in Betracht. Ob besondere Erlebniss

nzeichnen, sucht Verf. experimentell vermittelst der Selbstbeobach
lrei psychologisch geschulten Herren zu eruieren. Er stellte zunächst
, die sich auf anschauliche, z. B. geometrische Gebilde, bezogen, und
gemachten Beobachtungen zu Protokoll. Es zeigte sich, daß an-
e Vorstellungen für das Verstehen förderlich, aber nicht notwendig
amentlich, wenn die bezeichneten Gegenstände schon bekannt waren,
e in Wegfall. Dasselbe ergab sich beim Lesen eines Abschnittes
nbaurs Anatomie und *Gottls* „Die Herrschaft des Wortes". Dort
e anschaulichen Vorstellungen nicht nur relativ zahlreich, sondern
das Verständnis nötig; hier traten sie nur als Veranschaulichungen
Redensarten auf und waren überflüssig, wenn nicht gar störend.
uf die Versuchsperson den *Gegenbaur*schen Text abschrieb und mit
stündigen Pausen mehrere Male durchlas, wurden die anschaulichen
gen immer seltener und entbehrlicher. Dasselbe zeigte sich bei
tem Vorlesen *Klopstock*scher Oden, welche der einen Versuchsperson
waren, der anderen nicht. Bei jener stellten sich schon bei der
rlesung keine „Bewußtseinslagen", sondern nur viele optische Vor-
ein, bei dieser nahm die Anzahl der notwendigen „Bewußtseins-
it der der Wiederholungen ab. Im übrigen lag der Grund der be-
Schwierigkeiten teilweise in der grammatischen Konstruktion. Ver-
lich, bei denen sinnvolle und sinnlose Wort- bzw. Silbenkombinationen
lten, bestätigten nur die Ergebnisse *Marbes*, dessen Anregung die
handlung zu danken ist. Auf Grund von einigen Beobachtungen bei
eit der Lektüre von mutter- und fremdsprachlichen Texten teilt Verf.
daß zuweilen Pausen, die nicht mit besonderen Erlebnissen aus-
nd, sowie auch der Zusammenhang, der oft den Ersatz eines
denen Wortes durch ein bekanntes Wort oder durch die „Bewußt-
" des Verstehens infolge der verstandenen Bestandteile ermöglicht,
Verständnis notwendig sind. Ebenso kann die Wiederholung des
der der vorangehenden Zeilen und das Auftreten in verschiedenen
Verbindungen von Bedeutung sein.

dt, W., Experimentelle Beiträge zur Psychologie des
lafes. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 39, S. 1—41.

hrend *Kohlschütter*, *Michelson*, *Mönninghoff* und *Piesbergen* die Tiefe
fes untersuchten, stellte sich Verf. die erholende Wirkung der
n Schlafperioden zum Problem. Zum Zwecke seiner Lösung
e er je zwei einstellige Zahlen und schrieb das Resultat stets nieder,
zu dem nächsten Paare überging; auf ein Glockensignal hin wurde
tenleistung registriert. Auf diese Weise wurde immer ½ Stunde
vor dem Schlafengehen um Mitternacht herum (Abendversuch),
m durch ein Wecksignal unterbrochenen Schlaf (Nachtversuch) und
n, als die Versuchsperson ausgeschlafen hatte und spontan erwach

vermindern, wurde, abgesehen vom Anfang, nie zwei Nächte hint
experimentiert. Die Schlafzeit vor dem Wecken betrug zweimal
einmal 1, 1 3/4, 2, 3 und 5 3/4 Stunden, die zugehörigen Schlafzeiten
Wecken waren 5 1/2, 6 1/2, 6 1/2, 6, 5 1/2, 4 1/2 und 2 1/4 Stunden. In d
versuchen war infolge der Ermüdung die Anzahl der geleisteten
in der zweiten Viertelstunde geringer als in der ersten; im einz
der Abfall bald kontinuierlich, bald steil, bald irregulär. In den
suchen war stets die Leistung beträchtlich größer als in den Abend
und zwar im Minimum um 19,6 %, im Maximum um 190,9 %;
Viertelstunde stand hier mit zwei Ausnahmen hinter der zweite
Im Morgenversuch erfuhr die Leistung noch eine weitere Aufbesse
nur noch in fünf Fällen und nur noch um 23,3 % im Maximum un
im Minimum; in zwei Fällen trat sogar eine Verschlechterung ei
zweiten Viertelstunde wurden stets weniger Aufgaben bewältigt
ersten. Ein Einfluß der Schlafdauer trat nicht hervo
größte Aufbesserung zeigten die Nachtversuche mit dem Wecken n
stündigem Schlafe. Dieses Ergebnis trat auch in einem achten
hervor, bei dem der Abendarbeit ein 1 1/2 stündiger Schlaf außer B
ging, das Wecken nach 4 1/4 stündigem und das spontane Erwac
weiterem 2 1/4 stündigem Schlafe erfolgte. Der Abendversuch zeigt
keine Ermüdung, sondern in der zweiten Viertelstunde sogar ein
Leistung als in der ersten; im Nachtversuch tritt eine Aufbesseru
aber die zweite Viertelstunde steht hinter der ersten zurück; das
gilt vom Morgenversuch und auch von einem drei Stunden später au
Tagversuch. Nicht ohne Bedeutung ist die Beobachtung, daß V
Morgenarbeit stets mit Lust begann, aber allmählich infolge des
Addierens durch alle möglichen Assoziationen abgelenkt wurde, wäl
bei den Nachtversuchen mit ihrem Gefühl der Unlust und Müdig
der Fall war.

Ganz anders fiel das Resultat aus, als an die Stelle der kontin
Additionen halbstündige Lernversuche traten, bei denen Gruppen
einstelligen Ziffern bis zum ersten freien Hersagen halblaut gelese
jede Lesung wie jede Fünfminutenleistung wurde markiert. Es we
geteilt für je fünf Minuten die Summe der gelernten Ziffern, die A
Lesungen, die Sprechzahlen. d. h. die Angabe, wie oft eine Reihe ge
hergesagt wurde, und der Lernwert, d. h. die Angabe, wie viel geler
auf je 100 Lesungen einer Reihe kamen. Die Schlafzeiten vor dem
suche waren 1/2, 2/3, 1, 2, 3, 4, 5 und 6 Stunden; die zugehörigen
Nachtversuche 6, 6 1/2, 5 1/2, 4 1/2, 4 1/2 bis 5, 3 1/2 bis 4, 2 Stunden und
bei zweistündiger Bettruhe. Durchgehend war die Morgenleistung
der Nachtleistung bedeutend gebessert, und zwar im Minimum u
im Maximum um 154,3 %. Der Fortschritt der Nachtarbeit gege
Abendarbeit betrug im Minimum 23,1 % und im Maximum 163

er Schlaf dauerte, um so größer war die Erholungswirkung sowoh
Nacht- wie bei der Morgenarbeit. Die Leistung in der zweiten Viertel
war am Morgen stets und in der Nacht mit Ausnahme des nur halb
n Schlafes vor dem Wecken größer als in der ersten Viertelstunde
Abendversuchen trat stets das umgekehrte Verhältnis hervor. Di
suche waren oft gestört durch Gähnen, Trockenheit im Munde, er
Stimme, aber im ganzen und großen waren diese äußeren Störunge
von geringem Einfluß.

Erklärung dieser widersprechenden Resultate sieht Verf. in de
denartigkeit der Arbeit. Beim Addieren handelt es sich nur un
ktionen wohl eingeübter, eindeutig bestimmter Assoziationen, woz
e motorische Leistung des Niederschreibens und Markierens kam
rnen dagegen kam es auf das viel schwierigere und anstrengendere
an, das noch von der motorischen Aktion des Hersagens und de
n Markierens begleitet war. Nur bei der ersteren Arbeitsart reich
ze Schlafperiode aus, um die abendliche Ermüdung für eine halb
Arbeit zu verdecken, bei der zweiten dagegen ist die Erholungs
der Schlafdauer proportional. Eine Bestätigung dieses auch für di
richtigen Ergebnisses wäre sehr erwünscht; namentlich wären noch
Arbeiten, insbesondere Auffassungen, und zahlreichere Personen mi
und Abendtypus heranzuziehen; der 33jährige Verf. zählt sich zu
gentypen. Eine Autosuggestien hält Verf. bei seinen Versuchen fü
lossen, da er von dem Resultat der Lernversuche selbst überrasch
wähnt sei schließlich noch, daß die Resultate jedes Versuchs noch
agramme graphisch veranschaulicht und für alle Fälle die Fortschritt
der Nacht sowohl für die ganze halbe Stunde wie für die erst
unde ihrem absoluten und prozentualen Werte nach nochmals über
zusammengestellt werden.

si, P., Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis
tschr. f. Psychol. Bd. 37. S. 56—103 und S. 161—234.

grunde liegt eine sehr große Anzahl von Versuchen an mehr als
nen verschiedenen Geschlechts und Alters. Im Vordergrunde de
hung steht das zeitökonomische Moment bei paarweise ein-
endem Stoffe. Zu seiner Ermittlung wurden zunächst Reihen vo
sinnlosen Silben im trochäischen Takte nach dem *Müller-Schumann*
erfahren gelesen, und zwar das eine Mal jeder Takt fünf- bzw
hintereinander (H-Reihen), das andere Mal die ganze Reihe immer
ander (G-Reihen); auf diese Weise wurde jede Reihe 10, 15 oder
elesen; zwischen je fünf oder drei Lesungen lag eine Pause vo
Sekunden; in jeder Sitzung kamen je zwei H- und G-Reihen dran
zwei Reihen durch einen Zeitraum von 1,5—2,5 Minuten getrennt
fünf Minuten nach der Lesung der letzten Reihe wurden alle vier

Digitized by Google

Reihen nach der Treffer- und Zeitmethode geprüft. Auf die Zeit
Lesen und auf die Reihenfolge der Silben beim Vorzeigen wurde
genommen. Auch die Werte werden wie bei *Müller-Pilzecker*
Die H-Reihen waren in jeder Hinsicht ökonomischer
G-Reihen, nur bei mangelhafter Konzentration der Aufmerksamk
sich das Verhältnis um. Dieses Resultat stellte sich nicht nur bei
schem, sondern auch bei dem durch assoziative Hilfen unter
Lernen heraus. Diese Hilfen machten sich in fünf verschiedene
geltend: entweder handelte es sich um eine Aufmerksamkeitshilfe
ein Glied des Paares für das Bewußtsein hervorhob, oder beide
Taktes riefen assoziativ die nämliche Vorstellung hervor, oder jedes
Paares erweckt eine Vorstellung für sich im Sinne einer Aufmerk
hilfe, so daß ein Zusammenhang zwischen beiden Vorstellungen be
nicht, oder endlich die Hilfsvorstellung tritt erst nach dem Les
Silben auf. Manche assoziativen Hilfen waren habituell. Individu
bei sinnlosem wie auch bei anderem Lernstoff so markante Untersc
vor, daß sich Verf. zur Unterscheidung von mechanischen
geniösen Auffassungstypen veranlaßt sieht; allerdings waren
reiche Zwischenstufen vorhanden, ebenso ging bei der nämlichen
weilen durch die Übung oder den Lernstoff die eine Form in die an
Die Trefferzeit und die Anzahl der falschen Fälle ist bei dem unt
Lernen geringer als bei dem mechanischen. — Sehr ausgeprägt w
die individuellen Differenzen in bezug auf das Richtigkeits- und
heitsbewußtsein, das sich namentlich in der Bemerkung „sic
„unsicher“ kundgab; sie hängen mit der Verschiedenheit im Ab
Reproduktionsprozesses zusammen, indem bei dem einen mehre
neben der genannten oder nicht genannten auftreten, bei dem a
gegen die Assoziationen „eindeutiger“ wirksam waren. Assoziat
steigern das Richtigkeitsbewußtsein. — Bei einer zweiten Gruppe
suchen wurden Reihen russischer Vokabeln gelernt, die entw
ein- oder nur zweisilbig waren; in jeder Reihe war die relative Zah
stantiva, Adjektiva, Verba usw. die nämliche, auch die Wortläng
jeder der acht- oder zwölfpaarigen Reihen konstant; Ähnlichkeiten
dem russischen Worte und der zugehörigen deutschen, französis
englischen Übersetzung wurden vermieden, ebenso besondere
keiten in der Aussprache. Die Vokabelpaare standen auf einem Bl
untereinander, so daß immer die deutsche Übersetzung nach dem
Worte gelesen wurde; vermittelst eines mit einem Spalt versehenen
schiebbaren Schirmes wurde immer nur ein Vokabelpaar sicht
beendeter Lesung einer Reihe wurde der Schirm wieder auf das
geschoben. Die Versuchsperson wußte, ob es sich um eine G- ode
handelte, auf ein Signal hin unterbrach sie das Lesen; assoziat
waren zulässig, das Tempo war ein mittleres und möglichst gleic
die Lesezeit einer ganzen Reihe wurde mit der Fünftelsekundenuhr

Digitized by Google

Unregelmäßigkeiten bedangen, so wurden bei einigen Reihen die
am Kymographion vorgeführt, derart aber, daß keine längere Pause
schen je zwei Wiederholungen einer Reihe lag und jedes Vokabel-
hzeitig ins Gesichtsfeld trat. Versuchspersonen waren neben zwei
den zwei Mädchen von 15 und 16 Jahren mit Volksschulbildung.
ng erfolgte zwei Minuten nach dem Lesen jeder Reihe oder erst
n später durch Vorzeigen der deutschen Übersetzung hinter dem
s Schirmes ohne Messung der Reproduktionszeit oder mit dieser am
hion. In der H-Reihe wurde jedes Paar zwei-, drei- oder viermal
nder (Häufungszahl) gelesen. In jeder Sitzung kamen zwei oder
en zur Anwendung. Die H-Reihen erwiesen sich wieder als die
eren, wenn auch die Differenz eine geringere als bei den sinnlosen
r, das Richtigkeitsbewußtsein war besser ausgebildet als bei letzteren.
esem sinnschaffenden Material kam auch sinnhaltiges zur
g in Form von Kombinationen zweisilbiger Wörter der Muttersprache
elligen Zahlen, so daß jene zuerst gelesen wurden und diese als
t als einzelne Ziffern aufgefaßt und ausgesprochen wurden; die
ung einer Ziffer in einer Zahl wurde vermieden. Jede Reihe um-
t solcher Kombinationen und glich der anderen in bezug auf die
des Vorkommens von 0 und 1; dieselbe Ziffer kehrte in derselben
hstens nach zwei Paaren wieder. Wie bei den Vokabeln wurde
das Lernmaterial von einem Blatt Papier oder am Kymographion
wobei assoziative Hilfen gestattet waren; in jeder Sitzung kamen
vier Reihen dran; jede Reihe wurde zwei Minuten nach ihrem
ch Vorzeigen der Wörter nach der Treffer- und Zeitmethode geprüft;
l der Lesungen einer Reihe betrug zwölf oder sechs und die der
r aufeinanderfolgenden Wiederholungen eines Paares in den H-Reihen
mal waren letztere weniger ökonomisch als die G-Reihen.
iche zeigte sich in Versuchen an einem Rechenkünstler, dem Reihen
hn oder zwölf sechsstelligen Zahlen vorgelesen wurden, um nach
n derart geprüft zu werden, daß der Versuchsleiter die drei ersten,
hsperson die drei anderen Ziffern angab; auch hier war die Häufig-
3. — Den Grund für diese Verschiedenheit in den Resultaten sucht
n, daß bei sinnlosen Silben und fremdsprachlichen Vokabeln zu-
einzelnen Glieder für Auffassung und Aussprache geläufig gemacht
üssen und hierfür das H-Verfahren günstiger ist als das G-Ver-
t seinen geringen Perseverationen und starken rückwirkenden Hem-
bei geläufigem Lernstoff, wie z. B. bei den Wort- und Zahlenreihen,
hon bei der ersten Lesung die Stiftung von Assoziationen. Hierzu
aß die Aufmerksamkeit im G-Verfahren, namentlich bei geläufigem
r in Anspruch genommen wird als beim H-Verfahren. Auch werden
rem die komplementären Assoziationen, d. h. die von dem
Gliede des Paares zu dem ersten, mehr und andrerseits die

kräftigt als bei dem G-Verfahren. Den Beweis in bezug auf die k
tären Assoziationen erbringt Verf. durch Reihen von je zehn sinnlo
die in buntem Wechsel, aber gleich oft durch Vorzeigen der beton
unbetonten Silben geprüft wurden. Die Versuchsperson wußte n
beiden Formen geprüft werden würde, und hatte jedesmal diejeni
nennen, welche zu dem Takte der vorgezeigten gehörte; an je
wurden vier Reihen gelesen, und fünf Minuten nachher begann di
Auch Wort- und Zahlreihen wurden in gleicher Weise geprüft, s
das Wort, bald die Zahl gezeigt wurde; die beiden Glieder des Paa
in der einen Reihengruppe neben-, in der anderen untereinande
Sitzung kamen zwei Reihen zur Anwendung. Beim Vorzeigen
Gliedes bestätigten sich die angegebenen Resultate, bei dem des z
gegen war auch bei dem sinnhaltigen Material die Trefferzahl in der
die größere. Endlich wurde noch der Einfluß der Distanziier
der räumlichen und zeitlichen Trennung der Paare, indem immer z
auf dem Papierstreifen (= 2,2—2,8 Sekunden) frei blieben, unters
Prüfung erfolgte wieder fünf Minuten nach beendetem Lesen der
vier Reihen von je zehn oder zwölf sinnlosen Silben: die Häufun
5 oder 3. Das G-Verfahren war das günstigere. Der Grund lieg
darin, daß nunmehr auch bei diesem Verfahren die störenden
ziationen und rückwirkenden Hemmungen wegfielen; aber auch an
Wiederholen der gelesenen Paare in der Pause, das allerdings ver
ist zu denken. Am Schlusse dieses ersten Teils weist Verf. noch
daß durch die höhere Leistungsfähigkeit und das größere Interess
suchsperson, durch leichtere Lösbarkeit bestimmter Aufgaben, z.
haltens, durch die kleinere Zahl nötiger Vorversuche, durch
Übungseinfluß und endlich durch deutlichere individuelle Differ
sinnhaltige und sinnschaffende Material dem sinnlosen weit überle

Der zweite Teil behandelt den Einfluß der Lesegeschw
auf das Einprägen. Das Lernmaterial bestand aus Reihen v
sinnlosen Silben oder je acht Kombinationen von Wörtern und Za
Rotationsgeschwindigkeit der Kymographiontrommel war dort 7,6
12,7 und 16 Sekunden, hier 9, 13,3 und 26,6 Sekunden. Der räu
stand zwischen je zwei Gliedern und den beiden Enden der Reihe
konstant, auch die gesamte Lesedauer war immer die nämliche
Lernen vorwiegend mechanisch. In jeder Sitzung wurden vier S
zwei Wort- und Zahlenreihen gelesen und fünf Minuten später in d
Weise geprüft. Das langsamste Tempo war vorteilhafter
schnellste. Anders bei der täglichen Erlernung von vier Stro
muttersprachlichen Gedichts bis zum erstmaligen freien Hersagen;
das Metronom angegebene Geschwindigkeit betrug 0,3, 0,4, 0,5 o
kunden für jeden Versfuß: die gesamte Lesedauer wurde mit d
sekundenuhr bestimmt; das Hersagen erfolgte im Tempo des Abl

Digitized by Google

es „paradoxe Resultat“ bestätigte sich auch, als an demselben
en von je zwölf sinnlosen Silben gelesen wurden, um teils nach
r- und Zeitmethode, teils nach dem Erlernungsverfahren geprüft zu
ort wurde natürlich das Lesen vorzeitig abgebrochen, die Versuchs-
wußten aber bei Beginn der Lesung noch nicht, welche Prüfungsart
nen werden würde. Die Rotationsdauer der Trommel betrug 8,5
der 8, 10, 13,3 und 20 Sekunden. Das Lesen war stets unterstützt,
gen erfolgte in einem selbstgewählten bequemen Tempo. — Zur
dieses Resultats zieht Verf. zunächst die Angaben der Selbst-
tung heran. Nach diesen war den meisten die größte Geschwindig-
entlich am Anfang, unangenehm; allerdings begünstigte das rasche
Konzentration der Aufmerksamkeit, ja zuweilen war das langsame
adezu störend. Wichtiger ist die Bemerkung, daß die rückwirkende
bei großer Geschwindigkeit mehr hervortritt; daher wächst die
nen nötige Anzahl von Lesungen mit der Geschwindigkeit. Aber
beim Erlernen nützlichen, bei der paarweisen Verbindung störenden
ziationen werden durch schnelles Lesen begünstigt. Da ferner die
reihenrichtigen, aber sonst falschen Fälle mit der Lesegeschwindig-
mmt, so ist offenbar die Perseveration jedes einzelnen Gliedes,
türlich nach einer einzelnen schnellen Lesung geringer ist als nach
elnen langsamen, nach allen Lesungen dort größer als hier. So-
erkten die Versuchspersonen, daß beim langsamen Lesen schon am
eben der Geläufigmachung des Materials die Stiftung der Assozia-
setzte; daher nimmt die durch das rasche Lesen bedingte größere
ungszahl beim sinnlosen Material unverhältnismäßig mehr zu als
llem Stoff. Auch tritt bei schnellem Lesen das visuelle Moment zu-
es akustisch-motorischen zurück; das auf letztere Weise ein-
Material perseveriert aber mehr; ebenso stellten sich bei schnellem
niger assoziative Hilfen und Vorwegnahmen von Silben ein. Endlich
das langsame Lesen einen besseren Überblick und eine bessere
ung der einzelnen Silben und Gruppen — ein Umstand, der wieder
rlernen von größerer Bedeutung als für die paarweise Verbindung
n diesen Angaben der Versuchspersonen kommt der Abfall der
ionsstärke in der Zeit in Betracht. Um ihn zu eruieren, wurde
e unmittelbar nach ihrem Lesen nach der Treffer- und Zeitmethode
gelesen wurden Reihen von je 16 sinnlosen Silben bei einer Ge-
keit von 11, 15 und 26 Sekunden und von je acht Wort- und Zahl-
onen bei einer Geschwindigkeit von 18, 27 und 54 Sekunden. Es
n allerdings wiederum das langsame Tempo als das günstigere, aber
g ergab sich, daß die Anzahl der Treffer im Laufe der sieben bis
ten währenden Prüfung bei den schnell gelesenen Reihen merklich
während dies bei den anderen Reihen überhaupt kaum der Fall
nämliche zeigte sich auch bei Reihen von je 16 sinnlosen Silben

Assoziationstärke bei schnellem Lesen, der wohl bedingt ist durch
Perseveration nach der letzteren, kam nun beim Trefferverfahren
Prüfung erst fünf Minuten nach den Lesungen aller vier Reihe
Betracht als bei der Erlernung mit ihrem Hersagen jeder Reihe o
unmittelbar nach ihrem Lesen. — Um auch den kraftökon
Effekt der Lesegeschwindigkeit zu ermitteln, wurden acht Reih
zehn sinnlosen Silben oder acht Strophen täglich gelernt bei nur
kunden Pause zwischen je zwei Reihen oder Strophen. An jedem
nur eine Geschwindigkeit zur Anwendung, aber bei den Silben
abwechselnd 8 und 16 Sekunden für die Reihe, bei den Stroph
0,6 Sekunden für den Versfuß. Auf das 30—45 Minuten dauern
folgten zur Feststellung der Ermüdung noch Auffassungsversuch
*Cron-Kraepelin*schen Methode, indem 280 zweisilbige deutsche
hinter einem Spalte von 4—5 mm an der in Schneckenwindungen
rotierenden Kymographiontrommel sichtbar wurden, monokular gele
Nach dem schnellen Lesen wurden weniger Wörter richtig aufgefa
dem langsamen, während in den falschen Angaben kein Unterschi
trat. Dieses Resultat wurde sogar schon gewonnen, als täglich
Reihen von je zehn sinnlosen Silben erlernt wurden, und zwar
einer Rotationsdauer von 8 und 16 Sekunden und schon nach je
die Auffassungsfähigkeit geprüft wurde. Die Lernzeiten lassen die
nicht so eindeutig hervortreten, denn bei der einen Versuchspers
in den vier letzten Reihen länger, bei der anderen kürzer als
ersten Reihen; allerdings war die Differenz bei jener in beiden Ge
keiten die nämliche, bei dieser bei der großen Geschwindigkeit be
als bei der geringen; die dritte Versuchsperson endlich zeigte
letzten Reihen eine hochgradige Verkürzung bei der großen und e
Verlängerung bei der kleinen Geschwindigkeit. Es liegt dies offen
daß neben der Ermüdung auch noch Übung, Anregung und Ant
Betracht kommen.

Im Anhang teilt Verf. noch die Ergebnisse einiger Versuch
*Ebbinghaus*schen Methode der Hilfe in bezug auf „die Wirkung
zelnen Wiederholungen" mit. Gelernt wurden Reihen von je
losen Silben und zehn oder zwölf einsilbigen deutschen Wörtern, die
Blatt Papier aufgeschrieben waren: in jeder Sitzung wurden acht
Reihen bewältigt; die Prüfung erfolgte nach einer oder zwei oder
Lesungen; bei richtiger Nennung von nur zwei Buchstaben wurd
nur halb zu den richtigen gezählt. Von den fünf Versuchspersonen
auch ein 14 jähriger Gymnasiast gehörte, kannte nur eine den
Untersuchung und die jedesmalige Anzahl der Lesungen. Es erg
treppenartiger Verlauf der Kurve, welche die richtigen Reproduktio
hängigkeit von der Anzahl der Lesungen zu veranschaulichen hat.
Lesung hat einen viel größeren Lerneffekt als die folgenden. Dies

orgenommen wurde und das Lernmaterial jeder Sitzung aus acht
n je zehn Silben, die von einem Blatt Papier abgelesen wurden,
neun Reihen von je acht Silben am Kymographion, oder endlich
Reihen von je sechs dreistelligen Zahlen bestand. Die Anzahl der
älle war in der zweiten Prüfung größer als in der ersten bei wenig
sonst war das Gegenteil der Fall. Dieses Ergebnis findet seine
in der Abhängigkeit des Einprägungseffektes der einzelnen Wieder-
n der absoluten Stelle: die Aufmerksamkeit bevorzugt zunächst
ellen, namentlich die erste und letzte, welche auch nach den beiden
or der zweiten Prüfung schon reproduzierbar sind; die schwierigeren
rden dies erst nach mehreren Lesungen. Daß bei der Methode der
e Anzahl von Silben schon nach der ersten Lesung reproduzierbar
nicht im Widerspruch mit den obigen Ausführungen über die Not-
der Geläufigmachung der Silben, sondern erklärt sich daraus, daß
egensatz zur Treffermethode die absolute Stelle eine große Rolle
Hersagen gleich nach dem Lesen erfolgte und das Lesetempo
ngsam war. — Im übrigen setzt Verf. folgende Mängel an der
er Hilfen aus: zuweilen wirkt die Stimme des Versuchsleiters ver-
amentlich auf Visuelle; manche Versuchsperson kann nicht beim
das Tempo des Lesens innehalten, der Versuchsleiter kann die
lle nicht vollständig protokollieren; die Geschwindigkeit des Lesens
genau reguliert werden, und eine Zeitmessung ist unerläßlich.
daher wie bei der Treffer- und Zeitmethode die Hilfen optisch
sie innerhalb eines zehn Sekunden langen Zuwartens nötig waren.

H., Das Augenmaß bei Schulkindern. Zschr. f. Psychol. usw.
39, S. 42—87.

Versuchspersonen dienten 6- und 14jährige Knaben und Mädchen,
der vier Gruppen 15; sie wurden aus einer Berliner Gemeinde-
es der Zufall fügte, ausgewählt, hinzu kamen noch je zehn drei-,
fünfjährige Knaben und Mädchen aus einem Kindergarten. Die
der Kinder war normal, ihr Kinn lag während der Versuche, die
ut beleuchteten Klassenzimmer an schulfreien Nachmittagen statt-
f einer Stütze. Die tägliche Arbeitszeit betrug eine Stunde, die
en; kleiner, gleich und größer. Als Beobachtungsobjekte dienten
rsuchen „in der Flächendimension unter normalen Um-
Punkt- und Strichdistanzen auf weißem Karton von 18 cm
10 cm Höhe, und zwar wurden nur Distanzen gleicher Art mit-
erglichen. Die begrenzenden Punkte waren $2^1/2$ mm dick, die
1 mm breit und 20 mm lang. Die Normaldistanz betrug stets
n der sich die Vergleichsdistanz um $\pm$ 0, $^1/_2$, 1, $1^1/_2$, 2, $2^1/_2$ und
rschied. Die Darbietung der Vergleichsobjekte war eine simultane

oder Striche angegeben. Durch Umdrehung der Blätter um 90° Distanzen in vertikale verwandelt, so daß also Normal- und Vergl stets dieselbe Richtung hatten. Sieben von den sechsjährige konnten Distanzen noch nicht beurteilen, bei ihnen kamen daher 1 Linien zur Anwendung, die ebenfalls simultan und sukzessiv, hor vertikal dargeboten wurden; bei simultaner Darbietung lagen N Vergleichsdistanz entweder aneinander, nur durch einen kurzen Strich voneinander getrennt, oder bei einem gegenseitigen Abstande parallel zueinander; im letzteren Falle überragte die eine Linie auf beiden Seiten oder nur auf einer Seite; die Längenverhältnisse nämlichen wie bei den Distanzen. Bei den vorschulpflichtigen Kin auch Stäbe von 6 mm Durchmesser zur Verwendung: der Norm 20 cm lang, der Vergleichsstab variierte wieder zwischen 17 und einer Stufendifferenz von 1/2 cm. Einer so eingehenden Unters die älteren Kinder wurden aber nur zwei fünf- und je drei vier jährige Kinder unterzogen, und zwar mit simultan oder sukzessiv da horizontalen Punktdistanzen oder Linien, letztere mit Ausschluß d denen die Differenz auf beiden Seiten lag. Auf Elimination von Zeitfehler wurde Rücksicht genommen und jede Distanz 30 ma Die Unterschiedsschwelle wurde erst bei 67% richtigen Angaben an da sehr selten „gleich" geurteilt wurde. — Es zeigte sich, daß vorschulpflichtigen Kindern bei simultaner Exposition sieben fünf vierjährige auch Punktdistanzen, drei fünf-, fünf vier- und vier nicht diese, aber Linien, endlich je drei dreijährige Kinder nur auch diese nicht beurteilen konnten; die Differenzen stehender Sti besser erkannt als die liegender; einige vier- und fünfjährige Kin Distanzen oder Linien erst nach einigen Vorversuchen mit li stehend nebeneinander befindlichen Stäben beurteilen; die Dist Linien wurden oft als Straßen oder Bäume versinnbildlicht. — älteren Kindern lag die Totalschwelle (Summe aus unterer Unterschiedsschwelle) am häufigsten bei 1,5 mm. Zwischen Pu Strichdistanzen war kein Unterschied, ebenso war die Beobachtungsobjekte ohne Einfluß; daß auch die sukce position keine schlechteren Resultate als die simultane liefer leicht zum Teil daran, daß dort die Kinder zu besonderer Ansp Aufmerksamkeit aufgefordert wurden, da „jetzt etwas Schwierig vielleicht störten auch beim Simultanvergleich die Schwankunge infolge der wiederholten Vergleichung. Die Knaben waren den an Genauigkeit überlegen, selbst wenn jene erst sechs und d 14 Jahre alt waren; vielleicht wirkten aber hierbei Einflüsse Stadt und Land, Erziehung, Lebensweise usw. mit. Ein Einfluß trat, abgesehen von den erwähnten sieben Mädchen zu sechs Ja hervor; ja die sechsjährigen Knaben waren die besten Beobachter

fast gar keine Gleichheitsurteile ab, aber auch schon bei einigen
ünfjährigen Kindern lag die Totalschwelle bereits bei 1,5 mm. Es
so keine Entwicklung in dieser Beziehung statt. Im
Versuche an sechs Herren und Damen zwischen 25 und 50 Jahren
n oder sukzessiv dargebotenen horizontalen Punktdistanzen ergaben
chwelle zwischen 1,5 und 5,5 mm, ja bei zwei Personen lag sie
ivvergleich jenseits der dargebotenen Differenzen. — Die Anzahl
hheitsfälle innerhalb der Totalschwelle war bei den vorschul-
Kindern 0, bei den sechsjährigen Knaben 1%, bei den gleich-
ädchen 6% für Distanzen und 17% für Linien, bei den 14jährigen
%, bei den gleichaltrigen Mädchen 25% und bei den Erwachsenen
ch traten starke individuelle Differenzen in dieser Beziehung her-
aufe der Versuche nahmen die Gleichheitsfälle ab, was nicht etwa
sserung sondern eine allgemeine Disposition des Urteils bedeutet.
ltate traten auch bei Berücksichtigung aller Gleichheitsurteile, auch
r Totalschwelle, hervor. — In den Linienversuchen an den
nsjährigen Mädchen lag die Totalschwelle zumeist zwischen 1 und
i den parallelen Linien sowohl in horizontaler wie in vertikaler
rängte sich die Differenz, namentlich wenn sie auf beiden Seiten
das Vorspringen oder Zurücktreten der Vergleichslinie mehr auf,
beide Linien aneinander grenzten: während dort vorzüglich die
gen der Endpunkte der Vergleichslinie von der vertikalen bzw.
n Richtung beurteilt wurde, kam es hier vor allem darauf an, daß
irkungen vom Durchlaufen der Normallinie mit dem Blicke fest-
urden, so daß es sich bereits um den komplizierteren Sukzessivver-
delte. Als auf diese Versuche solche mit Punktdistanzen folgten,
ch diese nunmehr beurteilt werden, und zwar lag die Totalschwelle
on den sieben Kindern bei höchstens 2 mm. Endlich ergab sich
bei simultaner Exposition die beiden Distanzen zuerst sorgfältig
wiederholt miteinander verglichen wurden, später aber erfolgte
unmittelbarer und nur die Vergleichsdistanz wurde ins Auge ge-
Sukzessivvergleich genügte einigen Versuchspersonen die Betrach-
ormaldistanz nur bei den ersten Versuchen, so daß die Beurteilung
absoluten Eindruck erfolgte.

zweite Gruppe von Versuchen brachte „Flächendimensionen
aschenden Umständen". Die Figuren wurden auf Kartonpapier
er Aufeinanderfolge den Versuchspersonen, die nicht jünger als
e waren und zum Teil durch neue ersetzt werden mußten, gleich-
gelegt. Auf jede Differenz kamen 10 Urteile; fielen mindestens
von im Sinne der Täuschung aus, dann galt diese als vorhanden.
wurde zunächst eine 31 mm lange Horizontale zwischen zwei
von 18 mm Länge mit einer um 0, 1, 2, 3 und 4 mm kürzeren
en zwischen zwei Parallelen von 44 mm Länge. Vier von den
en Knaben hatten die Täuschung nicht; je ein Mädchen von 14

Digitized by Google

2 mm kürzere Vergleichslinie noch als gleich; sonst war die Tä
Kindern und Erwachsenen in gleichem Umfange vorhanden. Zwei
zwei horizontale parallele Kreisbogen, von denen der obere
Sehne von 19 mm entsprach, der untere dagegen so auf beiden
kürzt war, daß seine Sehne um 0, 1/2, 1, 1 1/2 und 2 mm kleine
einander verglichen; über dem oberen Bogen befanden sich zw
größere und unter dem unteren zwei parallele kleinere Kreisbog
der oberste der größte, der unterste der kleinste aller sechs
Nur bei fünf sechsjährigen Kindern (vier Knaben und ein Mädc
die Täuschung. Drittens wurden zwei nebeneinander befindliche K
gegeben, von denen der eine einen Durchmesser von 25 mm hatte
kleineren Kreis konzentrisch umfaßte, während der andere mit
0, 1 1/2, 2 1/2, 3 1/2 und 4 mm kleineren Durchmesser von einer
Ring konzentrisch umfaßt wurde; die Mittelpunkte der Ringe wa
voneinander entfernt. Nur drei Kinder (zwei Knaben von 14 und
sechs Jahren) hatten die Täuschung nicht; bei den sechsjährige
trat sie besonders deutlich hervor, 2/3 von ihnen unterlagen ihr
bei einer Differenz von 4 mm. Viertens wurde eine leere Pun
von 50 mm Länge mit einer durch sechs nebeneinander befindli
ausgefüllten und 50, 49, 48 1/2, 48 und 47 1/2 mm langen verglic
Distanzen waren horizontal und die Vergleichsdistanz lag neben
der Normaldistanz. Selbst bei der kleinsten Vergleichsdistanz wa
schung noch bei den meisten Versuchspersonen in jeder Gruppe ei
von fünf Erwachsenen, die bei all diesen Versuchen mit he
wurden, vorhanden. Fünftens wurde eine horizontale Ausde
einer vertikalen verglichen, indem ein rechtwinkliges Parallelo
konstante Breite von 30 mm und eine Höhe von 27, 27 1/2, 28
29 1/2, 30, 31 und 32 mm hatte. Von den 65 Versuchspersonen
sieben (darunter drei Erwachsene) das Quadrat als solches, d
unterschätzten in ihm sogar die Höhe; sonst wurde letztere übers
zwar von 15 Kindern selbst dann noch, als sie um 1,5 mm hinter
zurückstand. Schließlich wurde ein Normalrechteck von 26
und 40 mm Breite mit anderen Rechtecken von gleicher Höhe abe
2 und 3 mm differierenden Breite verglichen. Es sollte auf Höhe
zugleich geachtet und angegeben werden, in welchem Sinne sie sic
In den wenigsten Fällen waren die Angaben richtig; zumeist wurd
überschätzt oder unterschätzt, je nachdem die Breite objektiv k
größer war. Diese Resultate glaubt Verf. am besten mit der *Sch*
Theorie der geometrisch-optischen Täuschungen in Einklang
können, während sie der *Wundt*schen Theorie widersprechen u
*Lipps*schen nicht ohne Schwierigkeit vereinbar sind.

Die dritte Versuchsgruppe hatte den Einfluß der Akkom
und Konvergenzempfindungen auf unsere Tiefenschät

ien, namentlich von *Wundt* und *Hillebrand*. An zwei erwachsenen ersonen bestätigten Versuche im Berliner Psychologischen Institut, die *Hillebrand*sche Versuchsanordnung zur Anwendung kam, das Resultat dieses Forschers. Da jedoch Kinder für die Schlichtung rage vielleicht geeigneter sind, so wurden an ihnen zwei Arten imenten angestellt. In der einen befanden sich hinter einer Stirn- je 80 cm Breite und Höhe mit einer kurzen Röhre in der Mitte rechte Eisenstäbe; der eine von diesen war vom beobachtenden cm entfernt und hatte eine Dicke von 4,5 mm, der andere hing diesem, war 4,24 oder 4,75 mm dick und wechselte seine Ent- om Auge innerhalb von ± 15 cm im Vergleich zu der des Normal- sollte angegeben werden. ob jener vor, hinter oder neben diesem sich Der Apparat war dunkel gestrichen und hatte einen Schirm aus inwand zum Hintergrunde. Die Versuche fanden bei Tagesbeleuch- Fast alle Urteile waren richtig. In der zweiten Art von Ver- denen wie in der ersten monukular beobachtet wurde, waren die 4,5 und 6 mm dick, 80 bzw. 100 und 120 cm vom Auge entfernt n sukzessive dargeboten. Die Versuche fanden im Dunkelzimmer r Psychologischen Instituts statt, als Hintergrund diente das Tages- hes durch eine verstellbare Öffnung des Fensterverschlusses fiel. darauf Rücksicht genommen, daß die Stäbe stets scharf begrenzt dunkel waren. Jede Distanz wurde zehnmal beurteilt von je ben und Mädchen zu 14 und 6 Jahren. Selbst bei 40 cm Diffe- n nur etwa fünf von den 40 Versuchspersonen in 2/3 der Fälle teile ab, und selbst bei diesen war vielleicht der Grund eine etwas Färbung des näheren Stabes; gab doch eine dieser fünf Ver- nen — die anderen vier waren nicht mehr erreichbar — nicht ichtige Urteile ab, als durch weißes Papier an der Rückseite der diese Helligkeitsdifferenz beseitigt wurde. Im einzelnen urteilten „Näher", andere bevorzugten das „Näher-" oder „Ferner-" oder rteil, bei wiederum anderen verteilten sich diese Urteile gleich- r mit nur schwachem Überwiegen des „Näher" oder „Ferner". Auf ser Ergebnisse glaubt sich Verf. auf die Seite *Hillebrand*s stellen und im Gegensatz zu *Wundt* den Akkomodations- und Konver- ndungen keinen wesentlichen Einfluß auf die Tiefenwahrnehmung zu können.

M. S., Experimentelle Beiträge zu einer Theorie des kens. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. IV, S. 289—436.

andelt sich um 3253 an sechs Herren angestellte sog. eingeengte nsversuche, bei denen zu dem gelesenen Reizworte der über- oder r beigeordnete Begriff oder ein Teil oder das Ganze oder ein

Digitized by Google

gedruckten Reizwörter waren geläufige Substantive abstrakten ode
Inhalts und enthielten nur selten, mehr als zwei Silben. Die
Apparate waren: das *Hipp*sche Chronoskop, der *Ach*sche Kar
der Schalltrichter und das Relais. Bestimmte Aufgaben wurden
nach des Verf.s Meinung bei freien Assoziationen das gesamme
zu mannigfaltiger Art und die Selbstbeobachtung zu geteilt ist,
kommt, daß alle Richtung der Aufmerksamkeit auf irgend etwa
nicht vermeiden läßt. Die Reaktionen waren zumeist befriedig
der vorbereitenden Wirkung der Aufgabe in Form der körperli
modation, lebhaften Erwartung und Spannungsempfindung, nan
Anfang, und endlich der innerlichen Wiederholung der Aufgab
vornehmlich in den ersten Versuchen. Der Grad der Bewußthe
bereitung entscheidet nichts über ihren Wert. Neben dem Stadi
bereitung wird noch das des Erscheinens des Reizwortes, des Su
der Reaktion und des Auftretens der letzteren unterschieden;
vier Stadien wurde durch Fraktionierung des Bewußtseinsinhalte
gesonderten Gegenstande der Selbstbeobachtung gemacht. Es
nun, daß der Aufgabe in mannigfacher Form genügt wurde. In
Fällen handelte es sich um „Reproduktionen mit einfacher Richtun
die Lösung der Aufgabe in der Richtung lag, in welcher sie ges
Hierbei zeigten sich jedoch mehrere Abarten, je nach dem Ge
Wortvorstellungen als Mittelglieder auftraten, oder eine derart
fehlte oder überhaupt keine Angabe über den Reproduktionsproz
werden konnte. Welche Form sich einstellte, hing von Person u
ab. So ist z. B. die Vermittlung durch Gesichtsvorstellung bei de
des Ganzen oder des Teils besonders häufig. Überhaupt kom
dem Ergebnis, daß die Veränderung der Aufgabe auf den qualita
und die Dauer des Reproduktionsverlaufs jeder Versuchsperson
lichem Einfluß ist. So dauert es länger den untergeordneten al
geordneten Begriff zu finden. Auch die Form des Reproduktion
aber für die Dauer von Bedeutung. Bei Gesichts- oder Wortvorst
Mittelglieder ist im allgemeinen die Zeitdauer eine größere als
Jedoch ist hierbei auch zu unterscheiden zwischen der Gesichtsvo
Vermittlung und der als Nebenerscheinung. — Als „Reprodu
mehrfacher Richtung“ werden die Fälle bezeichnet, in denen di
personen nach etwas anderem aber Unbestimmtem, oder nach etw
Bestimmtem suchte. In diesen Fällen ist die Reaktionszeit verl
zwar zumeist im letzteren Falle mehr als im ersteren. Aber
können mehrere Reproduktionstendenzen auftreten, wodurch imm
zögerung der Reaktion bedingt ist. — Von den einzelnen Aufgab
die Auffindung des koordinierten Begriffs oder Teils insofern ein
Beachtung, als sie zumeist eine Vermittlung durch den Ober

Google

severationstendenz, dann ist die Reaktionszeit verkürzt. Aber auch
be kommt eine Perseverationstendenz zu. Endlich sei noch er-
ß, wie bei anderen ähnlichen Versuchen, auch hier sich die Ge-
der Reproduktion von Einfluß zeigte, insofern mit ihrer Zunahme
onszeit abnahm, und zwar bestimmte Verf. den Grad der Geläufig-
der Anzahl von Versuchspersonen, welche dieselbe Antwort gaben.
t ist eine Skizze der Versuchsanordnung und eine große Anzahl
len und Kurven beigegeben.

, *N.*, Index Philosophique. Publication annuelle de la
ue de Philosophie. Deuxiéme année 464 S. (Paris, Che-
er et Rivière).

handelt sich um eine Zusammenstellung der philosophischen und
en Literatur des Jahres 1903. Im ersten Kapitel werden unter dem
éralités et Traités généraux" die Lehrbücher, Einführungen,
nen Abhandlungen, Bibliographien, Wörterbücher usw.
. Das zweite Kapitel umfaßt die logischen, kritischen und
logischen Abhandlungen mit Abbildungen von mehreren Appa-
n dritten Kapitel finden sich die metaphysischen Schriften
des Seins und Erkennens), im vierten die biologischen und
schen (normale und pathologische Anatomie des Zentralnerven-
normale und pathologische Anatomie des Marks und der Nerven;
nzellen; normale und pathologische Physiologie des Nervensystems,
n des Gehirns, zerebrale Lokalisationen; die Reflexe; Nervenkrank-
steskrankheiten; Chirurgie des Nervensystems; Toxikologie; Therapie;
Pathologie; Elektro-Physiologie und Anthropologie). Das fünfte
thält die psychologische Literatur und zerfällt in allgemeine
e, Psychophysiologie, Empfindung und Perzeption, Raum- und Zeit-
cht-, Gehör-, Muskel-, Haut-, Geruch- und Geschmackssinn, Illu-
d Halluzinationen; Gedächtnis und Phantasie; Vorstellung und
n; Aufmerksamkeit und Gewohnheit; Erkennen und Glauben; Ge-
Affekte; Schmerz; Wille; Instinkte und Sexualgefühle; körperliche
ge Ermüdung; Sprache und Aphasie; Traum und Schlaf; Entwick-
Vererbung; Charakter und Temperament; Genie und Talent; Hypno-
d Suggestion; Spiritismus; Psychologie des Individuums; Willens-
ealismus und Ideal; Kinderpsychologie; Erziehung und Unterricht;
e der Gesellschaft; Völkerpsychologie; Verbrechen und Strafe;
logie. Im sechsten Kapitel sind die ästhetischen, im siebenten
iösen und religionsphilosophischen Schriften aufgeführt.
über Geschichte der Philosophie und Psychologie finden
unten und die über Ethik im zehnten Kapitel. Die einzelnen Ab-
zerfallen oft noch in zahlreiche Unterabteilungen; von manchen

5367 Nummern. Den Schluß bildet ein alphabetisch geordnetes verzeichnis.

Pedersen, Experimentelle Untersuchung der visuellen u
schen Erinnerungsbilder, angestellt an Schulkinder
f. d. ges. Psychol. Bd. VI, S. 520—534.

Die von *Ribot* und *Dugas*, *Stetson* und *Netschajeff* und gewandten und in der vorliegenden Arbeit kurz beschriebenen M Feststellung der Gedächtnistypen findet Verf. zum Teil zu wenig Teil zu kompliziert. Er benutzte daher bei 27 zehn- bis elfjährig einer Volksschule, die im Schreiben und Lesen wohlgeübt waren Verfahren zur Ermittlung des visuellen und akustischen Typs. V lischen, siebenbuchstabigen Wörtern, deren Aussprache schwieri von der Orthographie abwich, wurden täglich 15 an die Tafel und jedes einzelne von den Kindern fünf bzw. zehn Sekunden lang um es nachher niederzuschreiben; natürlich war das Wort nur w Expositionszeit sichtbar; der Beginn der Expositions wurde sign jedes Kind konnte die Buchstaben deutlich sehen; an jedem nur e i n e Expositionszeit, aber in regelmäßigem Wechsel, zur Ferner wurden den Kindern täglich 15 ebenfalls siebenbuchstabig bekannte Wörter, deren Aussprache aber dem Schriftbilde glich, langsam und deutlich vorgesprochen, um wiederum jedes Wort n Vorsprechen niederzuschreiben; Verwechslungen von Lauten, die f males Ohr schwer unterscheidbar sind, blieben unberücksichtigt. wurde scheinbar an 48 Tagen gearbeitet. Mitgeteilt werden die p falschen Buchstaben im Verhältnis zu allen Buchstaben für jed wie für alle zusammen, ferner unter Trennung der „Seh- und Ge und bei jenen unter Trennung sowohl der beiden Expositionszeit ersten, zweiten, dritten und vierten Viertels der Versuche. Durch genannte Fraktionierung ergab sich für die kürzere Expositionsdau schreitender Übungseinfluß, während bei der anderen offenbar zu positionsdauer sich keine stetige Abnahme der Fehler von Viertel zeigte. Die Anzahl der Fehler bei den Sehwörtern variiert 0,18 % und 10,18 %, wenn die Exposition fünf Sekunden währte 0,65 % und 8,55 %, wenn sie zehn Sekunden lang dauerte u Gehörwörtern zwischen 1,12 und 10,56 %. Die Verlängerung der E dauer erwies sich, abgesehen von zwei sehr langsam lesenden K für die Akustiker von Nutzen; offenbar wurden die Visuellen wiederholte Lesen der in Laut- und Schriftbild differierenden Wör während die Akustiker durch die Wiederholung auch aus dem G einen Nutzen zogen. Die Prozentzahl der Fehler für alle Kinder fünf Sekunden lang exponierten Sehwörtern annähernd dieselbe

f die prozentualen Fehler miteinander, so waren 16 Kinder vor-
isuell und 11 vorwiegend akustisch veranlagt, insofern jene bei
-, diese bei den Sehwörtern mehr Fehler machten. In bezug auf
wörter besteht kein Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen
uchspersonen, so daß sie also nur im Gesichtserinnerungsbild
. Endlich vergleicht Verf. die Prozentzahlen der Fehler bei Seh-
Gehörwörtern mit den Durchschnittszensuren des ganzen Jahres
graphie, Geschichte, Geographie, Naturgeschichte, Zeichnen und
; die benutzte Skala umfaßte 19 Noten; die Kinder hatten keine
Arbeiten und wurden in all den genannten Fächern, mit Ausnahme
nen und Schreiben, vom Verf. unterrichtet. Die Visuellen waren
aphie und Zeichnen den Akustikern überlegen und in Geschichte und
hichte unterlegen; in Geographie und Schreiben war der Unter-
ing, bei dem letzteren spielt offenbar auch das motorische Moment
e Rolle. Auch graphisch werden die Beziehungen zwischen den
rgebnissen und den Durchschnittsleistungen für jeden Schüler in
graphie und ferner in allen genannten Fächern, mit Ausnahme von
und Zeichnen, veranschaulicht. Es zeigt sich eine gewisse Über-
ng zwischen den Versuchsergebnissen und der Tüchtigkeit des
elch letztere demnach wesentlich auf der Konzentration der Auf-
eit beruht.

g, R., Das Gefühlsproblem. 141 S. (Leipzig, Joh.
or. Barth.)

vertritt die *James-Lange*sche Organgefühlstheorie und sieht in
le nur einen „Übergangszustand", eine „Desaptation des nervösen
aus" oder einen „Interimszustand ungenügender Anpassung". Am
det sich ein Literaturverzeichnis.

ff, L., Hypnotismus und Suggestivtherapie. 269 S. (Abels
izinische Lehrbücher; Leipzig, Joh. Ambr. Barth.)

handelt sich um eine Neubearbeitung der ersten Auflage, die von
schen verstorbenen Dr. *Max Hirsch* besorgt wurde. Verf. stützt
eine große eigene Erfahrung in bezug auf die hypnotischen Er-
en und gibt zunächst eine kurze Geschichte des therapeutischen
us, um dann die „Phänomenologie des experimentellen Hypnotis-
behandeln. Es folgt dann in zwei Kapiteln die „praktische Hypno-
und „Suggestivtherapie". Nach einer Zusammenstellung der „thera-
Ergebnisse" tritt Verf. in „theoretische Erläuterungen" der Hypnose
ggestion ein. Bei dem Begriff der Hypnose unterscheidet er streng
oberflächlichen und tiefen hypnotischen Zuständen. Jene sind von
leben nicht wesentlich verschieden und nur durch eine Ruhe der

bunden mit einem mehr oder minder groben Muskelgeräusch, charakterisiert sie sind also pseudohypnotische oder „epistatische“ Zustände. Eine freie Theorie der tiefen Hypnose hält Verf. heute für ebensowenig m die des Schlafes und der Hysterie; zu diesen beiden Zuständen ha die tiefe Hypnose zahlreiche Beziehungen, denen aber auch wiede Differenzen gegenüberstehen. Das Wesen der Suggestion sieht Verf. und anderen Forschern in der „Aufstellung einer unmotivierten, der keit nicht entsprechenden Vorstellung oder einer unlogischen, auf u lichem Wege eingeführten Aufforderung von seiten des Experiment n dem Nichtauftreten korrigierender Gegenvorstellungen und Gegenh gen von seiten der Versuchsperson.“ Alle Ausführungen des Verf sich auf eingehende Berücksichtigung und Kritik der umfangreichen Am Schlusse findet sich ein alphabetisch geordnetes Register, das und Sachverzeichnis zugleich darstellt.

Stefani-Ugolotti, Influenza dell' età e dell' intensità e rip dello stimolo sui caratteri di alcuni reazioni nervose ele contributo allo studio dell' adattamento. (Rivista Sper di Psichiatria. V. XXXI, F. III, 1905.)

Die Verff. haben den Einfluß des Alters sowie der Inten Wiederholung eines Reizes auf den Charakter einiger elementarer Reaktionen besonders auch in Hinsicht auf die Anpassung untersu haben die Reaktion der Pupille durch Atropin und Pilocarpin, aktion durch Atropin geprüft und sorgfältig alle Einflüsse untersuch Alter des Individuums und Dosierung des Reizes auf die betreffenden ausübten. Zum Studium der Anpassung der Herztätigkeit wurden s njektionen, zu dem der Pupillen Instillationen in den Konjunktival genommen. Die Versuchsobjekte waren Menschen, Hunde und Kat Untersuchungsreihen wurden Monate und Jahre durchgeführt und näßig aufgezeichnet. Die Zusammenfassung aller Untersuchungsreih olgende Hauptresultate: 1. Die Verschiedenheiten der Reaktion, herv durch die Wiederholung des Reizes, sind zellulärer Natur. 2. Die Anp veite variiert sehr je nach dem Alter des Individuums und nach der s biologischen Aktion, welche man als Untersuchungsobjekt nimmt. Anpassung kann verzögert oder verhindert werden durch den Ein Ermüdung. 4. Der Anpassung vorher geht eine Periode der Vorb die in kontinuierlichen Oszillationen besteht, welche den Eindru Kampfes zwischen Organ und Gift machen und als Ausdruck zweie logischer antagonistischer Vorgänge aufzufassen sind. 5. Die Anp eaktion selbst zeigt keine Erschöpfbarkeit, sondern eine stabile, Form.

Digitized by Google

Gesamtresultat der Beobachtungen zeigt eine Übereinstimmung mit
ellungen *Neumeisters* (1903), nach welchem eine spezielle Form
ilität oder besser psychischer Aktivität die Funktion jedes kleinsten
lebenden Substanz begleitet. In dieser Protoplasmaseele, welche
rscheidet und will, scheinen die Bedingungen zu liegen, die Reaktion
zieren nach Alter, Art und Wiederholung des Reizes usw. zum
r Erreichung von Resultaten, welche den Interessen des Organismus
n konform sind. Erst durch die Aufnahme einer im Protoplasma
tretenden Empfindung wird die Einleitung mechanischer Prozesse
h.
Probst-München.

Ugolotti, Alcune ricerche di psicofisiologia cellulare.
diconti della Associazione Medico-Chirurgica di Parma.
5. 1905.)

Inhalt deckt sich mit der oben besprochenen Arbeit derselben
Probst-München.

H., Psychologische Beobachtungen an Tieren. Revue de
hiatrie, Febr. S. 79.

erden Beobachtungen von Träumen bei Tieren (vier an Hunden,
ner Katze) mitgeteilt. Hunde leckten schlafend nach Zuckerstücken,
in die Nähe der Schnauze gelegt wurden.
man Fliegen der Wirkung von Chloroform aus und bringt sie in
Luft, sobald sie bewußtlos niederfallen, so bleibt ein Teil von
e Zeit träge, andere dagegen zeigen große Erregung, bewegen
e Flügel, ohne zu fliegen, reiben sich mit dem Hinterleib die
. Auch bei verschiedenen Menschen verursachen Chloroform und
rschiedenartige Rauschzustände.
Snell.

P., Metaphysik in der Psychiatrie. Verl. v. Gustav
her, Jena 1905.

geht im ersten Teile seiner Besprechung, dem „Hauptstück", davon
ie heutige Psychiatrie sich zu sehr von metaphysischen Begriffen
und daß sie sich zu wenig auf den Grund der reinen Naturwissen-
t, der die allgemeine Medizin ihre jetzige Höhe verdankt. Es wird
hr mit metaphysischen Begriffen gearbeitet, die für einen Theologen,
n wertvoll sein mögen, dem Naturforscher aber nichts sagen. Das
llem an den drei Begriffen untersucht, die hauptsächlich die Psyche
: Empfindung, Wille und Gedächtnis. Wenn man nun diese drei
wissenschaftlichen Standpunkte aus untersucht und auf ihre
rechtigung in psychiatrischen Lehrbüchern prüft, findet sich, daß

widerspricht dem erkenntnistheoretischen Grundgesetz, das lautet
jeder von der Welt, den eigenen Körper inbegriffen, zu wissen gl
nur Urteile über die eigene Empfindung; außer ihr kennen wir nic
gleiche Bezeichnung unserer Empfindungen ist der gleichen Ku
schreiben, es sind die Bezeichnungen gleich, aber nichts beweis
die Empfindungen auch sind. Der Wille ferner im Sinne ei
Willensbestimmung widerspricht von vornherein jeder naturwissens
Anschauung. Gedächtnis endlich ist sehr wohl als etwas auch na
schaftlich Begreifbares aufzufassen: *Kronthal* nennt Gedächtnis,
durch einen Reflex veränderte, reizleitend verbundene Zellgemei
gleicher Art weiter verändert wird. Es gibt nun aber weder
Empfindungszellen noch Erinnerungszellen, sondern die Empfindun
Funktion jedes Organismus als Ganzes, und gegen die Existenz
Erinnerungszellen spricht die Tatsache, daß nach Degeneration vo
die z. B. zur Leitung von Seheindrücken dienen, die Erinnerungsbi
schwinden. Die Psyche als Ganzes ist kein Ding, sondern ein
es ist die Summe der Reflexe.

Auf Grund dieser Erkenntnis, schließt Verf. sein Hauptstück
Psychiatrie sich aufbauen, alles Philosophieren und Spekulieren
ein Buch der Psychiatrie, auf diesen Grund gestellt, wird zuni
geringem Umfang sein, wird aber, im Gegensatz zu den heute
divergierenden und schnell wechselnden psychiatrischen Anschau
unverrückbares Fundament einer exakten Wissenschaft sein.

In der ersten Ergänzung führt Verf. dann den Beweis, daß die
Psychiatrie mit metaphysischen Begriffen arbeitet, und an Proben
bedeutendsten psychiatrischen Werken zeigt er die Schwierigkeiten
die Erklärung einzelner Tätigkeiten der Psyche durch vage meta
Bezeichnungen stößt. An die Stelle dieser, unter den einzelnen A
größter Breite wechselnden Begriffe setzt er Erklärungen rein na
schaftlicher Art, alles zurückführend auf einen Hauptsatz, daß P
Summe der Reflexe ist. Es seien hier die Definitionen angeführt, d
Temperament und Charakter gibt. „Temperament ist die dem be
Individuum eigenartige Reaktion auf Reize, und zwar die Eigenart
trachtet, nicht nach Art der Reflexe, sondern nach dem Zeitintervall
Reiz und Reflex.“ Und „Charakter ist die jedem Menschen eigen
Reaktion, die Eigenartigkeit betrachtet, nicht nach der Zeit zwischen
Reflex, sondern nach den motorischen Apparaten, zu denen die
geleitet wird.“

Die zweite Ergänzung sucht dann den Begriff des Willens na
schaftlich festzulegen. Nachdem Verf. die Definitionen von Philoso
Zeiten angeführt und besprochen hat, bestimmt er den Begriff na
schaftlich so: „Wille ist das als Reiz wirkende Gedächtnis.“ I
letzte Ergänzung beschäftigt sich des näheren mit der Empfindung
psycho-physiologischen Experimenten, und kommt auch dort zu de

Digitized by Google

über das, was Empfindung genannt wird, nicht bekommen kann. Es
wie schon im Eingang gesagt, daran, daß alle Dinge für jeden
nur durch seine und in seiner Empfindung existieren, wir also nie
ondern nur unsere Empfindungen beurteilen. Es kann daher den
die Empfindung zu untersuchen, nur die Philosophie sich gestatten
aturwissenschaft, weil von jener nicht die sinnfällige Beweisführung
Behauptungen verlangt wird, wie stets von dieser.

Grütter-Lüneburg.

---

3. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref.: Ernst Schultze-Greifswald.

dolf, Kasuistischer Beitrag zur klinischen und forensischen
rteilung des Pseudo-Querulantenwahns. Vierteljahresschrift
gerichtliche Medizin. Supplement.

bemerkenswerte Gutachten weist bei dem wegen wissentlich falscher
gung Angeklagten folgendes nach: erbliche Belastung; nervöse Be-
n; Neigung zu Verstimmungszuständen; Selbstüberschätzung der
ersönlichkeit, seiner Stellung und seiner Eigenschaften; eigenartige
fassung, die alles, was er tut, billigt, die Handlungen anderer aber nur
obt, als sie seinen Wünschen entsprechen; Reizbarkeit; Erinnerungs-
en mit Neigung zu unklaren Kombinationen; Hartnäckigkeit und
aftlichkeit in der Geltendmachung seines vermeintlichen Rechts.
r er ist kein querulierender Paranoiker; er lenkt, wenn auch nur
nd für kurze Zeit, ein; er beruft sich des öfteren auf seinen patho-
Zustand; er hat Pausen; wir finden bei ihm nicht die Gesetzer-
nicht die grotesken, erbitterten Schriftstücke, nicht die Ausdehnung
ichen Kreise, wie beim Paranoiker.
pathologischer Mensch ist er zweifellos; er steht an der Grenze
geistiger Gesundheit und Krankheit; er ist seit Jahren nicht voll
gsfähig; § 51 trifft nicht zu.
Angeklagte wurde freigesprochen.
der medizinischen Epikrise macht Verf. es wahrscheinlich, daß der
ldigte zur Epilepsiegruppe gehört.

ohannes, Hinter Kerkermauern. H. Groß' Archiv Bd. 19—21.
Grund einer 15jährigen Tätigkeit als Strafanstaltspfarrer kommt
dem Ergebnis, daß die *Lombroso*sche Lehre, deren Verdienst es

Varietät des genus humanum. Bei dem Verbrechen walten dieselbe logischen und psychologischen Unterschiede ob wie sonst. Psyc spezifisch eigentümliche Charakteristika fehlen völlig.

Verf. veröffentlicht in den vorliegenden Aufsätzen eine ungem haltige und mit vollem Verständnis ausgesuchte Sammlung von von 32 Gefangenen, teils Autobiographien und Selbstbekenntnisse, t nalpsychologische Arbeiten (Ursache der Kriminalität, Schutzfürso vollzug). Da die Arbeiten uns nicht nur das Seelen- und Geistes Sträflinge kennen lernen lassen, sondern auch einen Einblick in oder Unwert des reformbedürftigen heutigen Gefängnissystems gew die Publikation auch von großer praktischer Bedeutung.

Pollitz, Einzelhaft und Geistesstörung. Ärztliche Sachverst Zeitung. 1905, 15. November.

Auf Grund seiner eigenen Beobachtung hält Verf. die ursäc deutung der Einzelhaft für den Ausbruch von Psychosen für recht

Wehmer, Praktische Erfahrungen bei Entmündigung Trunks Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1905 Nr. 15.

Im Landespolizeibezirk Berlin wurden vom Jahre 1901 bis 1 im ganzen 32 Personen wegen Trunksucht entmündigt; wegen krankheit bzw. Geistesschwäche wurden in demselben Zeitraum in Bezirk über 700 Personen entmündigt.

Alleinstehende Personen werden selten wegen Trunksucht e (unter den obigen 32 waren 29 verheiratet); der Staatsanwalt s hier wie bei Psychosen das Recht haben, die Entmündigung zu b

Die Entmündigten standen meist in höherem Lebensalter, so sich von einer prophylaktischen Wirkung der Entmündigung wenig v kann. Die vielfach gegen die Entmündigung herrschenden Vor schweren den Entmündigten das gewerbliche Fortkommen ungemei süchtige sollte man daher auch ohne Entmündigung zwangsweise a forderliche Zeit in Anstalten zurückhalten können.

Auch Verf. hält eine regelmäßige ärztliche Nachprüfung d Trunksucht zu Entmündigenden für erforderlich; die Nachprüfung der Atteste sollte sich auch auf diese Fälle ausdehnen.

Wenn auch die Entmündigung wegen Trunksucht mehr eine s polizeiliche oder soziale als eine ärztlich-heilende Maßnahme da ist sie doch als ein Fortschritt mit Dank zu begrüßen.

ns, Hausarrest als Strafmittel. Monatsschrift für Kriminal-
nologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg. 4. Heft.

urzzeitigen Freiheitsstrafen sind namentlich in ihrer großen Aus-
in Übel. Für ihren Ersatz durch Geldstrafen kann sich *Groß*
g erwärmen; es entstehen große Schwierigkeiten bei Bemessung,
: und Umwandlung der Geldstrafe; dann haftet ihr der weitere
er an, daß der Zahlungsfähige durch sie weniger getroffen wird,
ntergräbt das Ansehen des Rechtes.
Ersatz für kurzzeitige Freiheitsstrafen empfiehlt Verfasser den
eine Custodia honesta unter bestimmten Voraussetzungen. Der
soll keine besondere Art der Freiheitsstrafe sein, sondern als
ng der Haft und nach möglichst freiem richterlichem Ermessen in
n. Die Nichtumwandlung der ganz kurzen Haftstrafen in Haus-
die Regel, ihre Nichtanwendung im Urteile ausdrücklich motiviert
n des Hausarrestes soll strengstens und schleunigst mit Verhaftung
ze ausgesprochene Strafe, nicht für den Rest der Strafe, geahndet

ales, Die psychologische Beschaffenheit der rückfälligen
recher. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Straf-
tsreform. 2. Jahrg. 4. Heft.

veröffentlicht in aller Kürze die Biographie von 47 rückfälligen
n im Alter von 19—30 Jahren und betont dabei besonders die
en Schädlichkeiten, die auf sie eingewirkt haben. Die Zahl der-
e von Trinkern abstammen, ist ganz auffallend groß.
e Kriminalität am größten zwischen dem 18.—20. Lebensjahr ist,
ntartung bei den Verbrechern eine sehr verbreitete Erscheinung
ortet er im großen Stile zu versuchen, die Verbrecher zu bessern
nschädlich zu machen in einem von einem Irrenarzt zu leitenden
-pädagogischen Institute, einer Art vervollkommneter Schule von

go, Die Verbrechensbewegung in Österreich in den letzten
Jahren in ihrem Zusammenhange mit wirtschaftlichen
ältnissen. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und
rechtsreform. 2. Jahrg., 5. Heft.

chwersten Verbrechen gegen das Leben und Eigentum nehmen
Die leichteren Formen der Delikte nehmen nicht nur absolut,
ch relativ zu. Die Kriminalität verliert an Intensität und gewinnt
tät. An Stelle der Gewalt tritt die List. Die Eigentumsdelikte
die Körperverletzungen zu.

oder Vermögensdelikte und Verbrechen aus Leidenschaft (Delikt
Person, die Sittlichkeit und den Staat). Lebensmittelpreise
stärksten ihren Einfluß auf die Verbrechen gegen das Vermögen
punkte der Lebensmittelpreisbewegung sind gleichzeitig die Höh
Diebstahlsfrequenz; die Kriminalität hinkt regelmäßig ein wenig
den übrigen Vermögensdelikten zeigt sich nicht jener Paralleli
in Österreich zieht die Vermehrung der Lebhaftigkeit des Ha
Wandelns eine Zunahme der Betrügereien nach sich; Österrei
nicht völlig vom Agrarstaat emanzipiert und zeigt weniger Bet
als Deutschland.

Die wirtschaftlichen Faktoren beeinflussen die Delikte gegen
nur indirekt; in der Ätiologie spielt der Alkoholismus ein groß
besondere Branntweingenuß. Mehrfach entspricht dem Sinken
mittelpreise eine Zunahme der Alkoholproduktion und der Roheit
umgekehrt. Die Delikte gegen die Person zeigen die gleiche Be
die Verbrechen gegen die Staatsgewalt. Die Sittlichkeitsdelikte
stant; wirtschaftliche Motive beeinflussen sie indirekt.

Mit *Seuffert* nimmt Verf. eine Zunahme der kriminellen Re
bezug auf die Verbrechen gegen die Person, die Sittlichkeit und d

Industrielle Krisen vermehren die Verbrechen.

Kluge, O., Über die Behandlung und Unterbringung
abnormer Fürsorgezöglinge. Monatsschrift für
psychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg. 4. H

Vortrag von der Dresdener Jahresversammlung der Deutsc
für Psychiatrie. Vgl. diese Zeitschrift 1905 S. 576.

Roos, J. R. B. de, Aus der niederländischen Krimin
Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrec
Juni 1905.

Während der Jahre 1896—1902 hat die Zahl der Verurteilu
Verbrechen eine vorübergehende, nicht aufzuklärende Abnahme
Die Zahl der Verurteilungen wegen Übertretungen nimmt zu dank
Entwicklung der Strafgesetzgebung, insbesondere dem neuen Schul
Die schwereren Strafen steigen im großen und ganzen allmählic
der Rückfälligen hat, abgesehen von einem Jahr, beständig zugeno
Rückfall tritt um so schneller ein, je schwerer die letztvorau
Strafen waren.

Digitized by Google

Hermann, Über die Versorgung der geisteskranken
recher in England. Monatsschrift für Kriminalpsychologie
Strafrechtsreform. Juni 1905.

Wiedergabe der maßgebenden gesetzlichen Bestimmungen und
e Schilderung des Baus und Betriebes der bekannten Anstalt
nebst kritischen, die Vorzüge des englischen Systems hervor-
Bemerkungen.

Zur Kriminalpsychologie der Kinder. Monatsschrift für
inalpsychologie und Strafrechtsreform. Juni 1905.

trafgesetzgebung berücksichtigt nicht die ethische Entwicklung der
nen, die sich gegenüber der intellektuellen einer gewissen Selb-
erfreut. Aber das Kind begreift vielfach auch nicht den sozialen
vom Gesetz geschützten Rechtsgüter: es fehlt ihm das soziale
. Ist schon beim normalen Kinde das ungezügelte Triebleben zu
gen, so gilt das noch mehr von den anormalen Kindern. Die
rafe bessert das Kind nicht, weil es den innersten Grund der
versteht. Sache der Erziehung in Schule und Haus wäre es,
en Kräfte und das soziale Verständnis des Kindes zweckmäßiger
ltiger zu wecken.

. von, Über Familienmord. Monatsschrift für Kriminal-
ologie und Strafrechtsreform. Mai 1905.

ung der psychiatrischen Beobachtung von vier Familienmördern,
Selbstmord mißglückt war; eine Täterin war geistig beschränkt,
waren mehr oder weniger psychopathisch minderwertig.
gibt dann eine ansprechende Analyse des Familienmordes. Psycho-
s nicht Mord kombiniert mit Selbstmord, sondern ein komplizierter
Altruistische Motive leiten den Täter: er will die Familie vor
end schützen. Die Psychologie des Familienmordes ist dieselbe
Selbstmordes; er kommt bei Kranken und Gesunden vor, be-
psychopathisch Minderwertigen. Das Hauptmotiv beim Nicht-
ten sind Kummer und Sorgen. Der Familienmörder ist strafrecht-
zu qualifizieren als der gemeine Mörder.

n, F., Die Sittlichkeitsverbrechen. Vierteljahrsschrift
erichtliche Medizin, XXIX. Heft 2, XXX. Heft 1.

sehr interessante kriminalpsychologische Studie, die sich auf
obachtungen aufbaut. Mit guten Gründen beschränkt sich Verf.
gen Notzucht an Erwachsenen (30 Fälle) oder wegen Notzucht

sozialen Bedingungen sie aufgewachsen sind und gelebt haben, s
Gelegenheitsursachen zu der einzelnen verbrecherischen Handlung
haben.

Bei 25 Kinderschändern und 10 Notzüchtlern ist das Fehl
Durchschnittsmenschen zukommenden Widerstandsfähigkeit nach
16 bzw. 9 dringend wahrscheinlich.

Eine vorzugsweise auf Kinder gerichtete angeborene oder
erworbene sinnliche Neigung ist nicht anzunehmen. Geistesschw
das größte Kontingent zu den Kinderschändern; sie sind besond
zur Zeit des Eintritts der Geschlechtsreife. In die Beziehung
Geistesschwäche und Verbrechen schieben sich oft ein die Tru
Onanie. Von den 20 Schwachsinnigen fiel einer unter § 51, vi
noch drei andere. Hierzu kommen die Déséquilibrés mit der
lichen Erregbarkeit und die großen Neurosen, besonders die Epi
Fälle). Es bestehen wenig Beziehungen zum Gewohnheitsverbre

Ähnlich ist die seelische Artung der Notzüchtler.

Zehn Kinderschänder und sieben Notzüchtler boten keine
Abweichungen von der Norm.

Nur selten führt die seeliche Veranlagung allein ohne
zum Verfall in Sittlichkeitsverbrechen. Solche sind sozialer Natu
elend, Schlafburschenwesen, Arbeitslosigkeit), Mangel der Aufsi
Mädchen, Fehlen der geschlechtlichen Zurückhaltung bei ihnen,
gungen, Volksfeste, Trinksitten. Unter den Berufsarten überwi
Geistliche, Ärzte, Kurpfuscher. Vor der Überschätzung des Abe
seiner Bedeutung für die Entstehung der Sittlichkeitsverbrechen w
die größte Bedeutung kommt der Alkoholwirkung zu.

Die Rechtspflege wird der Eigenart der Sittlichkeitsverb
gerecht, gleichgültig welche Auffassung man von dem Wesen
der Strafe hat. Hinsichtlich der Sühne-Theorie wird der Grad
tiven Schuld nicht genau festgestellt; in vielen Fällen fand di
gewesene psychiatrische Begutachtung nicht statt. Die Höhe
entsprach in anderen Fällen weder dem angerichteten Unheil no
der persönlichen Schuld.

Soll die Strafe bessern oder abschrecken, so versagt
schwächlichsten Naturen und den Gewohnheitsverbrechern; für
verbrecher wäre besser anstrengende körperliche Arbeit im Frei

Sittlichkeitsverbrecher neigen besonders zu psychischen E
in der Haft. Die Gefahr der Infektion mit dem Verbrechertum
unterschätzen.

Noch weniger fühlt sich der befriedigt, der die Gesellscha
Strafe schützen will, da es an Mitteln gegenüber den Unverbesse
Dringend erwünscht erscheint eine Behandlung der geistig Mi
nach den Vorschlägen der internationalen kriminalistischen

wie der Strafvollzugsbeamte muß noch mehr individualisieren;
st eine gründliche Schulung der Gefängnis- und Strafanstaltsärzte
inalpsychologie und Psychiatrie.
rbeit sind kurze Protokolle über die verwerteten Fälle beigegeben.

a, F., Die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Viertelschrift für gerichtliche Medizin, XXX. Heft 1.

spricht sich gegen die kombinierte Anwendung von Strafe und aus; es gibt hier nur ein Entweder — Oder, und damit fällt pezifische Sonderstellung der verminderten Zurechnungsfähigkeit. ıstände, die in das Gebiet der verminderten Zurechnungsfähigkeit verden sollen, zerfallen in zwei Gruppen: in die leichteren und ereren Grade geistiger Beeinträchtigung. Jene sind zurechnungssie erfordern Reformen im Strafvollzug und allgemeine Änderungen tzbuch (grundsätzliche Einführung mildernder Umstände, bedingte u. a.); diese sind als unzurechnungsfähig zu begutachten und ln; und das wird mit § 51, auch in seinem jetzigen Wortlaut, ı.

nan die verminderte Zurechnungsfähigkeit fallen, so werden dasichten für das Zustandekommen der Reformen des Strafgesetzssert.

nrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafe ist eine Forderung der Gerechtigkeit.

ıtlich der Behandlung der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen sich den Vorschlägen der internationalen kriminalistischen Ver-

ie „Trunksucht“ als Entmündigungsgrund. Friedreichs er für gerichtliche Medizin. Heft IV.

ristischen Definitionen der Trunksucht genügen nicht. Am besten *äpelin*; nach ihm ist jeder als Trinker zu bezeichnen, bei dem ßige Alkoholgenuß derartig einwirkt, daß der Einfluß einer Dosis nahme der nächsten Dosis noch nicht vergangen ist; damit wird ogressive Charakter der Trunksucht festgelegt.

egte sich als Sachverständiger folgende Fragen vor: Besteht ein Übermaß von Alkoholgenuß? Hat dieser Folgen, d. h. beeinträchtigt estätigkeit in erkennbarer Weise, und sind diese Folgen chronischer

ich muß die Trunksucht zum mindesten die prävalierende Ursache chtigung der Geschäftsfähigkeit, des drohenden Notstandes oder gefährlichkeit sein.

für gerichtliche Medizin. Heft II—V.

Hirschfeld war seinerzeit wegen der bekannten Rundfrage z lung der Zahl der Homosexuellen angeklagt und wegen Beleidigu Geldstrafe verurteilt. Verf. unterzieht das Urteil, das vielfach erregt hatte, einer scharfen abfälligen Kritik, da weder eine obj eine subjektive Beleidigung nachgewiesen sei. Ebensowenig sei befürchten, daß jemand durch eine solche Anfrage zur Homose führt werde.

Freudenthal, Haftwirkungs-Enqueten. Monatsschrift für psychologie und Strafrechtsreform. Juni 1905.

Die Wirkung der Strafmaßregeln auf den Verbrecher, sei und Geist, muß erforscht werden, soll der Strafvollzug wirksam den Rückfall verhüten und den endgültig Besserungsunfähigen machen.

Einen Weg hat *Fritz Auer* in seiner vielgenannten Arbeit ei in der Form der Selbstberichte der Entlassenen; aber so viel Anregungen, die Verf. durchaus anerkennt, wir diesem Vorgehen danken, es leidet an manchen Mängeln; vor allem kommt der D unseres Verbrechertums nicht zu Wort.

Verf. schlägt daher die Einrichtung von besonderen, aus theoretikern und -praktikern sowie Fachmännern des Strafvollzugs gesetzten Kommissionen vor, die den Gefangenen kurz vor seiner nach vorheriger Einsichtnahme seiner Akten mündlich vernehmen richte würden einer Zentralkommission zugehen, die den der V zugrunde liegenden Fragebogen ausarbeitet.

Verf. läßt es unentschieden, ob sein oder *Auers* Verfahre dritter Weg vorzuziehen ist; seiner Ansicht von der Daseinsberech Haftwirkungsenqueten wird man nur beistimmen können.

Leppmann, F., Über Strafvollzugsunfähigkeit. Ärztlic verständigen Zeitung. 1905, Nr. 19.

Es fehlt an einer gesetzlichen Vorschrift, die besagt, wie während der Strafzeit in Geisteskrankheit Verfallenen zu verfahr Einzelfalle wird die Frage der Strafvollzugsunfähigkeit infolg Störung nicht bloß ohne gerichtliche Entscheidung im Verwaltung Bureau zu Bureau erledigt, sondern es fehlen selbst in den Verw schriften bindende Regeln für die zu berücksichtigenden Normen. rarisch ist das Thema wenig eingehend behandelt.

Digitized by Google

Voraussetzungen der Strafvollzugsunfähigkeit in eine kurze Definition assen lassen.

oft gehörte Satz: Geisteskranke gehören nicht in die Strafanstalt, t aus; einmal ist der Begriff der Geisteskrankheit sehr dehnbar, hat der Gutachter nicht nur die klinische Diagnose zu stellen, ch jedesmal die praktische Nutzanwendung darzutun. Gerade die en Fälle sind eine große Last für den Strafvollzug und erfordern viel Arbeit. Wird der Kranke einer Irrenanstalt übergeben, besteht , daß seitens der Irrenanstaltsleiter im Gegensatz zu den Straf- zen Strafvollzugsunfähigkeit als vorhanden angenommen wird; auch die Verwahrung derartiger Elemente in einer öffentlichen Irren- nicht sicher genug.

geht von der Definition aus, die *Krohne* in seinem Lehrbuche der unde von der Strafvollzugsunfähigkeit gegeben hat, und unter- it ihm eine relative und absolute.

vollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge krankhafter Störung tätigkeit die Ordnung der Strafanstalt dauernd und erheblich stört; kann bei verständiger Ausnutzung der in den Strafanstalten ge- öglichkeiten eingeschränkt werden. Ferner ist derjenige strafvoll- g, der aus dem gleichen Grunde kein Verständnis für seine Strafe Vollstreckung besitzt.

Albert, Ein moderner Hexenprozeß. H. Groß' Archiv, Band, 3. und 4. Heft.

Hexenprozeß im 20. Jahrhundert und mitten in Deutschland ist as Ungewöhnliches. Die vermeintliche Hexe strengte eine Beleidi- gegen zwei Frauenzimmer an, die ein derartiges Gerücht ver- l sie dadurch zu einer Ortsveränderung gezwungen hatten. Die auenzimmer waren in ihrer schon vorher vorhandenen Ansicht estärkt, daß die Hexe das Kind der einen Frau durch Berühren acht habe.

Albert, Diebstahl aus Aberglauben. H. Groß' Archiv, Band, 3. und 4. Heft.

führt verschiedene einschlägige Beispiele an. Ihnen gemeinsam ist, weck, für den gestohlen wird, ein ungewöhnlicher, nicht alltäg- Verf. nimmt nun an, daß der Täter sich von dem Gedanken leiten zu einem ungewöhnlichen Ziele verhelfen solle, müsse auch selber ewöhnliches sein.

Digitized by Google

die Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und
Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. Nr. 9.

Verf. erörtert zunächst, wie der Medizinalbeamte, dem nach
105 der Dienstanweisung für Kreisärzte die Fürsorge für Geistesk
zufällt, über die in seinem Kreise vorhandenen Kranken informi
kann. Dringend wünscht er ein innigeres Zusammenarbeiten mit
und Fürsorgeanstalten, dann mit den Militärbehörden hinsichtlich
geistiger Defekte als dienstuntauglich Entlassenen, sowie eine bes
wachung der Entmündigten.

Die Fürsorge selbst kann verschiedener Natur sein. Entw
weist der Medizinalbeamte den Kranken der Anstalt oder sorgt für a
häusliche Pflege oder begnügt sich mit der von Fall zu Fall na
ändernden Überwachung. Des genaueren beschäftigt er sich mit
oft angewandten Begriff der Gemeingefährlichkeit, für dessen sc
grenzung er berechtigterweise sehr energisch eintritt; er empfiehlt,
das Wort „Gefährlichkeit" zu ersetzen.

Koppe, Fritz, Gutachten über die Zeugnisfähigkeit einer
sinnigen. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrif
Nr. 15.

Der an hochgradigem angeborenem Schwachsinn leidende K
der einzige Belastungszeuge. Da er aber bei der psychiatrisch
suchung sich als sehr suggestibel erwies und auf Wunsch des
bald dies, bald jenes über die strafbare Handlung zu berichten wu
das Verfahren entsprechend dem ärztlichen Gutachten eingestellt.

Mit Recht fordert Verf., daß in einem Falle wie dem vorlieg
die Zeugnisfähigkeit schon bei der ersten Vernehmung zweifelha
ein Psychiater möglichst bald mit der psychiatrischen Begutachtung
betraut werden soll.

Ungar, E., Bedenken gegen die übliche Protokollierung.
Juristenzeitung. Jahrg. X. Heft Nr. 22.

Wiedergabe des in Bonn auf der Versammlung der Irre
Rheinprovinz am 17. Juni gehaltenen Vortrags; vgl. diese Zeits
S. 873.

Kurz, E., Zur Prophylaxe der Roheitsdelikte. Monatss
Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. II. Bd.

Auf die Sonntage fällt 45% aller Körperverletzungen, auf di
11,2%; der Montag ist mit 16,3% beteiligt. Aber auch die ande
stehen zum Teil unter dem Zeichen des Alkohols. Wie sollte

önner (Frauen und Kinder eingerechnet) eine Wirtschaft in einem
k bestehen können? 43 der Raufereien spielten sich in einem
e oder in dessen Nähe ab.

Elimination des Alkohols würden wir weniger Delikte haben.
ßbrauch und Roheitsdelikte sind aber die pathologischen Symptome
eren Grundkrankheit, die Produkte der Genesis, der sozialen Ver-
und der geistigen Entwicklung unserer Jugend. Anschaulich schildert
Werdegang eines solchen Individuums.

kausale Therapie spielt die Hauptrolle; sie zerfällt in eine sozial-
rische, rassenhygienische und sozialpädagogische. Gerade diese
wird eingehender besprochen (Überwachung der häuslichen Er-
durch Erziehungsausschüsse, frühzeitige Einleitung der Fürsorge-
Betonung der ethischen Erziehung in der Volksschule, Ausgestaltung
ildungsunterrichts, Überwachung der Arbeit, Verbot des Wirtshaus-
Entziehung der freien Verfügung über den Lohn, Einstellung ins
20 Jahren, falls der Betreffende nicht völliger geistiger oder körper-
üppel ist).

Markus, Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.
chiatrisch-Neurologische Wochenschrift. 1905. Nr. 3—11.

. entscheidet sich für die Regelung der staatlichen Irrenfürsorge
Gesetz, nicht auf dem Wege der Verordnungen; das Gesetz muß
echtlicher und prozeßrechtlicher Natur sein. Will man das Gesetz
n der formalen, sondern nach der materiellen Seite charakterisieren,
sich drei Gruppen von Bestimmungen unterscheiden, je nachdem
e Fürsorge für die Kranken oder der Schutz gegen widerrechtliche
gung oder beides zusammen berücksichtigt wird.

zweite Teil der Arbeit, die eine eingehende Kenntnis der ein-
n Literatur und Bestimmungen der verschiedenen Länder erkennen
oricht die Fürsorge für Geisteskranke, soweit sie möglicherweise
chlich ausgedehnt wird. Eine besondere Besprechung wird der Für-
ner Geisteskranker zuteil. Auch Verf. leugnet einen Zusammen-
chen Irrenfürsorge und Handlungsfähigkeit.

aier, Wolfgang, Zur Frage der Schwurgerichte. Monats-
rift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. II. Bd.
Heft.

enüber der fast allgemeinen Mißachtung, deren sich das Institut
urgerichte in Juristenkreisen erfreut, tritt Verf. für diese Einrichtung
Mitwirkung von Laien ermöglicht die Berücksichtigung der An-
des Volkes von Schuld und Vergeltung im Strafrecht. Rechts-
ie soll ins Volk getragen werden. Niemand soll verurteilt werden

Das Volk verlangt mit Recht Anteil an der Regierung. Auch der Ges
vermag in den Verhandlungen aufzumerken und das Beobachtete zu

Mängel hat das Schwurgericht zweifellos, aber sie sind nicl
daß sie nicht verbessert werden können. Das Material, aus dem
schworenen sich zusammensetzen, läßt sich verbessern; ebenso k
sie mehr aktiv an der Verhandlung teilnehmen lassen. Ander
(Unhaltbarkeit der Abtrennung der Schuldfrage, die Fragenstellung
Rechtsbelehrung, die Hilflosigkeit in der Beratung, die Unkontroll
des Verdikts) lassen sich, wenn auch weniger leicht, beseitigen. S
die Geschworenen den Schöffen ähnlich, sind aber nicht wie dies
ständig. Auch „die übergroße Zahl von Freisprechungen“ der Schw
darf man nicht zu deren Nachteil verwerten.

Wollenberg, R., Die forensisch-psychiatrische Bedeutu
Menstruationsvorgänge. Monatsschrift für Kriminalpsy
und Kriminalistik. II. Bd. 1. Heft.

Verf. bespricht die einzelnen psychischen Störungen, die im Zu
hang mit der Menstruation auftreten, von den schwereren zu den
übergehend, und erörtert dann die forensische Bedeutung, einmal hi
der Zurechnungsfähigkeit, und dann bezüglich der Zeugnisfähigkeit.

Wichtiger und schwerer zu beurteilen sind die leichteren S

Am interessantesten sind des Verf.s Mitteilungen über exper
Untersuchungen, die an dem weiblichen Personal der Klinik angestel
und die die Beeinflussung einfachster geistiger Leistungen sowie der A
und Wiedergabe einfacher Vorgänge durch die Menstruation ermittel
Dabei ergab sich kein Anhalt für die von *Groß* vermutete Annahm
ein während der Menstruation aufgefaßter Vorgang ungenauer wiede
wird, als ein außerhalb der Menstruation beobachteter. Größere Sc
der Auffassungs- und Reproduktionstreue werden durch die Men
somit nicht notwendig bedingt.

Die forensische Bedeutung der Menstruationsvorgänge ist nicht
sondern nur von Fall zu Fall zu beurteilen.

Bleuler, Die psychologischen Kriterien der Zurechnungsfä
Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrecht
I. Bd. 10. Heft.

Während der Vorentwurf des schweizerischen Strafrechts
„geisteskrank“, „blödsinnig“, oder „bewußtlos“ sprach, ist mit Zu
von *Stooß* eine Änderung eingetreten, die die Worte „außerstande,
gemäß zu handeln“ einführt. Mit den übrigen schweizerischen Ps
lehnt Verf. die neue Fassung ab und begründet kurz und treffe

Digitized by Google

kt. Der Begriff der Geisteskrankheit ist viel bestimmter als der chologischen Definition, die doch nie der Gesamtpersönlichkeit ge-l. Die neue Fassung wird ganz verschieden ausgelegt, je nach ffe von Zurechnungsfähigkeit, den sich der Sachverständige gemacht der Tat kümmert sich auch der Gutachter kaum um die psycholo-finition des Strafgesetzbuches, wie das Verf. überzeugend unter ung der verschiedenen Krankheitsformen dartut. Dann aber ver-terien völlig bei den Übergangszuständen, und die kann und darf ignorieren.

Ausdruck „bewußtlos" ist unklar und zu beseitigen durch: „im n (erheblich) gestört", „in einem (erheblich) abnormen oder ge-ewußtseinszustand" oder dergleichen.

ns, Karl, Das Landstreichertum, seine Abhilfe und Be-mpfung. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Straf-ntsreform. I. Bd. 10. Heft.

führliche Wiedergabe des 1904 auf der Freiburger Versammlung eutscher Irrenärzte gehaltenen Vortrags; vgl. diese Zeitschrift 00.

öller, Die akuten Gefängnispsychosen und ihre praktische deutung. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Straf-ntsreform. I. Bd. 11. Heft.

. hat das Material der Osnabrücker Anstalt aus 35 Jahren (73 Männer, n) verwertet; die ungeheure Zunahme von Aufnahmen im letzten beweist das zunehmende Verständnis für im Gefängnis ausbrechende n. Weder lange Freiheitsstrafen noch Leidenschaftsverbrecher stellen Kontingent. Katatonische Krankheitsformen finden sich oft. Auch vorhandener Disposition ist nicht immer die Haft die einzige Ur-9 Männer und 17 Frauen waren trotz Unzurechnungsfähigkeit ver-Die Psychose brach vorwiegend in der ersten Zeit der Detention aus. . bespricht dann eingehender die in der Untersuchungshaft aus-en Psychosen, besonders den leicht falsch beurteilten *Ganser*schen enkomplex. Die Überführung gemeingefährlicher Kranker in eine lt zeitigt viele Inkonsequenzen. Die Erkenntnis der akuten Gefängnis-wird erschwert durch das Auftreten physiologischer Depressionen n die Simulationsriecherei; viele Störungen entziehen sich leicht der ng. Anschaulich werden die mannigfachen Schicksale geschildert, die rrenhaus Übergeführten erwarten, je nachdem ob er bald geheilt ist , ob er aus der Haft entlassen wird oder nicht, ob er in der Anstalt oder wieder ins Gefängnis zurückkehrt oder in die Freiheit kommt, cht wieder rückfällig zu werden. Die Aufhebung der Strafvollstreckung

Größere Ausbildung in der Psychiatrie tut den Gefängnisä
und diese sollten nicht im Nebenamte angestellt werden. Das Aufsehe
muß unterwiesen werden. Für die akuten Psychosen leisten A
Strafanstalten das meiste. Besondere Beachtung verdienen noch
enhaltsreichen Arbeit die Bemerkungen zum Wiederaufnahmeverfahr

Sichart, von, Gedanken eines Verteidigers der Zweckstra
Zurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Kriminalpsy
und Strafrechtsreform. I.Bd. 11. Heft.

Verf. wendet sich u. a. gegen den Relativsatz des § 51, der
Willensbestimmung Stellung nimmt; kann dieser einschränkende Beis
fallen, so ist es besser ihn zu ersetzen durch die Fassung: „
d. h. Geisteskrankheit) Folge die begangene Handlung zu betrac
Einer zutreffenden Anschauung des Gesetzgebers vom wahren W
wirklichen Zweck der Strafe würde entsprechen die Hinzufügung
stimmung, nach der gegen den unter § 51 StGB. Fallenden bei
gefährlichkeit nach Maßgabe der landesgesetzlichen Vorschriften
Heilung und Beaufsichtigung gerichteten Maßregeln ergriffen werd
Verf. teilt die Bestimmungen für die Gefangenenirrenanstalt auf Hoh
welche 1905 eröffnet ist, ausführlich mit; er verspricht sich von il
Beseitigung der andernorts beobachteten Mißstände an Irrenstati
Adnexen von Strafanstalten.

Dann vermißt Verf. eine Bestimmung, nach der bei Vollstrec
Freiheitsstrafen ebenso wie auf die körperlichen auch auf die geis
stände und Bedürfnisse der Gefangenen Rücksicht zu nehmen
olche Vorschrift würde von selbst zur Schaffung von besonderen Ab
oder Anstalten für gemindert Zurechnungsfähige führen. Eine ähnl
ichtung besitzt Württemberg seit 1888 in der Invalidenstrafanstalt a
sperg, die ebenfalls eine Nebenanstalt des Zuchthauses Ludwigs
Das Maß der Strafe muß natürlich nicht von der Schuld, sondern
Gefährlichkeit des Verbrechers abhängen.

Mohr, Fr., Willensfreiheit und Psychopathologie. Mona
für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Bd.

Verf. führt in überzeugender Weise und unter Verwertung
chiedenen Krankheitsformen aus, daß die Erscheinungen der Psychop
owohl bei verstandesmäßiger wie gefühlsmäßiger Betrachtung für
emeine und unbedingte Geltung einer psychischen Kausalität spre
ndere Auffassungen demgegenüber kaum in Betracht kommen. Es
ießende Übergänge zwischen pathologischen und physiologischen Z
ene bieten oft Analogien für diese. So läßt sich auch auf dem

natsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform
3d. 12. Heft.

Selbstbeschäftigung der Gefangenen ist dann immer zuzulassen
Gewähr geboten ist, daß der Gefangene sich nützlich und frucht
beschäftigt; in allen anderen Fällen bleibe es bei der Zwangsarbeit
Beseitigung des Pensums wegen der damit verbundenen Bedenken
hren.

Die deutsche Rückfallsstatistik. H. Groß' Archiv, 19. Band
1. 2. Heft.

Verurteilungen wegen Verbrechen und Vergehen gegen Reichsgesetze
n 1882—1901 erheblich zugenommen. Unter den Strafmündigen ist
der Verurteilungen wegen Gewalttaten bedeutend gewachsen, die
Verurteilungen wegen Eigentumsvergehen etwas gesunken.
Zahl der verurteilten Unbestraften sinkt während des genannten
im Verhältnis zur Bevölkerung, die Zahl der verurteilten Vor-
steigt; letzteres gilt insbesondere hinsichtlich der Körperverletzung.
dreieinhalb Jahren wurden im allgemeinen von den bisher un-
Erstverurteilten nur 12,9 % neuerdings verurteilt, von den bedingt
en wurden 20 % wieder straffällig. Dasselbe trifft auch hinsichtlich
zu. Verf. kann sich den Ausführungen der amtlichen Statistik, die
sultat sehr vorsichtig deutet, nicht anschließen, glaubt vielmehr, daß
Damoklesschwert den Rückfall begünstigt. Hinsichtlich der weiteren
ei auf das Original verwiesen.

Fritz, Ein Vorlagebuch für Tätowierungen. H. Groß'
hiv, 19. Band, 1. u. 2. Heft.

auch bildlich wiedergegebene Buch, das man bei einem Tätowier-
nebst zugehörigem Instrumentarium fand, beweist aufs deutlichste,
Tätowierungen einfach nach Muster angefertigt werden.

Vans, Zur psychologischen Tatbestandsdiagnostik. H. Groß'
hiv, 19. Band, 1. u. 2. Heft.

eregt durch die Arbeit zweier seiner Schüler (*Max Wertheimer* und
ein) prüfte Verf. in einem Versuche die Bedeutung der Assoziations-
für die Erkennung der Schuld oder Unschuld eines Angeklagten.
Versuch bestand darin, daß von sieben Personen nur eine ein be-
Zimmer gesehen hatte. In der Tat aber war zweien der Versuchs-
das Zimmer gezeigt worden, was dem Experimentator aber nicht
war. Die Art der Assoziationen und das Gebahren der Versuchs-

u erkennen. Keine der unbefangenen Personen reagierte so, daß n
ur entfernt auf ein „Kennen des Tatbestandes" hätte schließen kön

Matthaei, Erweiterung des Strafregisters. H. Groß' Archiv, 18
4. Heft.

Soll das Strafregister ein Mittel sein, den Angeklagten ke
ernen, so muß einer Sammelstelle von kompetenter Seite alles r
verden, was strafrechtlich interessantes über den einzelnen Mens
nittelt wird.

Behörden und Anstalten, die die Geisteskrankheit oder Alko
iner Person ermitteln, sollen dies der Registerbehörde mitteilen; r
m Falle einer Anklage, sondern auch in dem der Vernehmung als Z
iese Kenntnis von Wichtigkeit.

Jedes Strafverfahren, auch wenn es nicht zu einer Verurteilu
oll angezeigt werden, vielleicht außer solchen wegen Übertretung
icher Ordnungsvorschriften; es können die durch die Polizeibehörden g
Personalakten verwertet werden.

Die dagegen zu erhebenden Einwände kommen nicht in Betrach
ber der dadurch gesicherten möglichst gründlichen und gerechten Beu

Herz, Hugo, Die Kriminalität des Weibes nach den Erge
der neueren österreichischen Statistik. H. Groß'
18. Band, 4. Heft.

Das weibliche Geschlecht ist am stärksten beteiligt bei den Ve
egen das Kindesleben; selten sind Körperverletzung und Sachbesch
Alkoholismus!); Vermögensverbrechen spielen nur insofern eine R
ie List in Betracht kommt. Die Zahl der weiblichen Verurteilten ist
nd nimmt ständig ab. Die weibliche Kriminalität steigt in der
ascher an und sinkt nachher gleichmäßiger und langsamer als d
iche. Die Verehelichten liefern im allgemeinen das geringste Pro
Verbrechen. Die Kriminalität der erwerbstätigen Frauen ist größer
er nicht erwerbenden Frauen. Trotz zunehmender Erwerbstätig
rau hat die Ziffer der weiblichen Verurteilten nicht zugenommen
nimmt so das jugendliche Verbrechertum zu. Die weibliche und n
Kriminalität in der Landwirtschaft ist gleich groß. Die Prostitution
ubjektiven Standpunkte aus eine der gefährlichsten Formen der Arb
nit allen charakteristischen Merkmalen des Delikts. Kaum 1½% de
rauenspersonen sind in den österreichischen Großstädten Prostituie
Zahl der verurteilten Frauen und Prostituierten (für das ganze C
pproximativ 80000) macht nicht einmal die Hälfte der männliche
uenten aus.

Digitized by Google

chiv, 18. Band, 2. u. 3. Heft.

f. will mit seinen Abhandlungen kriminalcharakterologische Eigen
eiten des Publikums, der durch das Verbrechen Geschädigten un
n und anderer beleuchten. Das Verhalten des Publikums vo
und nach der Tat gibt Anhaltspunkte bei Beurteilung und Abmessun
ldfrage, des Motivs und der Entwicklung einer Verbrechenshandlung
r Ursachen der Erhöhung der Kriminalität.

ächst befaßt sich Verf. mit den Neugierigen, erörtert, wer neugieri
hreibt die verschiedenen Typen der Neugierigen und bespricht dan
ertung des Neugierigen in seiner Eigenschaft als Zeuge. Er komm
Ergebnis, daß die Neugierde subjektiv und objektiv dem Wesen un
de nach sehr verschieden ist, und die Wahrnehmungs- und Merk
sowie die Aussagebereitwilligkeit stark beeinflußt. Sie wirkt un
auf eine bequeme und exakte Durchführung eines Strafverfahrens
ntnis und Prüfung der die Neugierde beeinflussenden Faktoren er
eine zutreffende Bewertung der Zeugenaussagen.

einem zweiten Aufsatz erörtert er, wie der Leichtsinn und die Leicht
eit des Publikums die Kriminalität geradezu fördern, so daß es fas
t wäre zu fordern, daß auch dieses einen Teil der Verantwortun
r erfolgreichen Bekämpfung des Verbrechens. Verf. fügt ein
nte, aber auch wahrhaft erschreckende Kasuistik an. Leider hat e
ehr recht, wenn er die Kasuistik mit dem Kurpfuschertum beginnt
chher kommt der berüchtigte sog. spanische Schatzschwindel.

Anti-Alkoholismus — Blaues Kreuz — Religiöser Wahn
n. Eine zeitgemäße Betrachtung aus Strasburg (W.-Pr.)
erteljahrsschrift für gerichtl. Medizin.

der Hand eigener Erfahrungen macht Verf. aufmerksam auf da
he der frömmelnden und zelotischen Richtung, die das Blaue Kreu
ekämpfung des Alkoholismus einschlage; in einem ausführlicher mit
Falle erwies sich die Anstaltsverbringung als notwendig.

., Zur Psychologie des Vergessens bei Geistes- und Nerven
nken. H. Groß' Archiv, 18. Band, 2. u. 3. Heft.

ud hat unlängst darauf hingewiesen, daß das Nichterinnern auch
eruhen kann, daß der Kranke absichtlich, aber nicht bewußt absicht
r dem Einfluß seiner Vorstellungen die wirklichen Vorgänge vergißt
diejenigen, die seinem ganzen Gedankengange widersprechen. Wi
es bei Hysterie, insbesondere auch bei dem sog. *Ganser*schen
dann aber auch bei Querulanten.

Digitized by Google

nodifiziert in eigentümlicher Weise das Erinnerte; der Kranke leug
ur die von ihm selbst begangenen Handlungen, sondern behauptet,
hm von einem Dritten zugefügt. Verf. führt als Beleg hierzu
nteressante eigene Beobachtung an, die einen Fall von seniler
chwäche betraf.

Rodenwaldt, Ernst, Zur Methode der Intelligenzprüfung.
Archiv, 18. Band, 2. u. 3. Heft.

Verf. hat sich bereits bekannt gemacht durch eine höchst le
rbeit, die das geistige Inventar bei dem gesamten Ersatze eines K
egiments ermittelte. Wenngleich er bei diesen Untersuchungen f
ie Kenntnisprüfung einen Schluß auf die Intelligenz zuläßt, schien
ine besondere Methode der Intelligenzprüfung notwendig. Solche
rüfen die Bedingungen des Erkennens (Aufmerksamkeit, Merkfähigk
orstellungsschatz und die Erkenntnis seines Sinnes und Grundes un
ich die Fähigkeit, mit Begriffen zweckmäßig zu arbeiten. Gle
ätsel, sog. Reinfallfragen sind wenig geeignete Prüfungsobjekte; er
ich aber Erfolge von der Verwertung des Lachens als einer Real
inen Witz zur Prüfung der Bedingungen des Erkennens und Begre
Hinsichtlich der interessanten Details sei auf die Originalar
ewiesen, der ein Prüfungsschema angegliedert ist.

Racine, Aus der gerichtsärztlichen Praxis. Vierteljahrsscl
gerichtliche Medizin. Januar.

Mitteilung zweier interessanter Fälle.

In dem ersten Fall war durch Fall auf den Hinterkopf bei
Schädelkapsel ein Aneurysma der Arteria meningea media eingetr
den Tod zur Folge hatte.

In dem anderen Falle war nach einem Messerstich in die lin
eite ein Aneurysma arterio-venosum der Carotis communis und
nterna entstanden, welches später auf operativem Wege mit Erfolg
vurde. Am Tage nach der Verletzung völlig sprachlos; die Unte
rgab eine motorische Aphasie, einen Verlust der Sprache im S
§ 224 StGB. Verf. schließt hysterische Lähmung und Schrecklähm
nd hält es für das wahrscheinlichste, daß bei der Stichverletzung ei
Blutgerinnsel in die Arteria fossae Sylvii gelangt ist und den zur *B*
Stelle gehörigen Ast verstopft hat.

Wende, Beitrag zur Kasuistik der Seelenstörungen im Se
stadium der erworbenen Syphilis in Form eines mo
Gutachtens. Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medizin.

Kasuistische Mitteilung.

all von konträrer Sexualempfindung. Vierteljahrsschrift
richtliche Medizin. Suppl.

geschuldigte, ein Offizier, war angeklagt der Achtungsverletzung, der militärischen Wache und Erregung öffentlichen Ärgernisses hme unzüchtiger Handlungen; zu 17 Monaten Gefängnis und ung verurteilt, da der ärztliche Gutachter nur eine auf erblicher d langjähriger Onanie beruhende Neurasthenie fand, welche aber nungsfähigkeit nicht aufhob. In der Berufungsinstanz blieb der ige bei seinem früheren Gutachten; erneute erfolgreiche Be- diesem Verfahren wurde die früher abgelehnte Anstalts- angeordnet. Auch hier wurde eine hochgradige Neurasthenie ußerdem konträre Sexualempfindung mit früh erwachendem und kem Geschlechtstriebe; Sonderling; menschenscheues, ängstliches übertriebener Gewissenhaftigkeit und Peinlichkeit im Dienste; Ohnmachtsanfälle. Interessant sind die sog. Bilder; darunter Angeschuldigte gewisse Vorstellungen, die sich ihm mit plastischer aufdrängen und ihn sexuell befriedigen, aber auch nur durch r Beziehungen zu Männern. Er wurde oft gezwungen, diese achzuahmen. Die Straftaten wurden als Äußerungen einer ab- brichtung aufgefaßt. Entsprechend dem ärztlichen Gutachten g.

, Sind Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten chtet, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu ? Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1905. Nr. 5.

erichtet über einen von ihm geführten Rechtsstreit und teilt den verneinenden Beschluß des Kammergerichts mit; der Artikel n um deswillen gelesen zu werden, weil er andere einschlägige heidungen mitteilt und diese kritisch beleuchtet.

F., Alkoholismus und Ehescheidung. Ärztliche Sach- ndigen-Zeitung. Nr. 1.

erwirft die heute geübte Rechtspraxis der Ehescheidung wegen einer scharfen Kritik. Wie sehr sie berechtigt ist, erhellt aus esen der Trunksucht verkennenden Entscheidung des Reichs- besagt: „Selbstverständlich kann der infolge der Trunksucht bei üchtigen eingetretene, also von ihm verschuldete krankhafte selben zu seiner Entlastung bei einer damit in Zusammenhang rfehlung im Sinne des § 1568 des BGB. nicht verwertet werden.“ nur recht selten Anwendung finden können.

arf daher einer besonderen Bestimmung. Für diesen neuen graphen schlägt Verf. die Fassung vor: Ein Ehegatte kann auf

... des ehelichen Verhältn...
... der Ehe nicht zugemu...

... und Ehescheidu...
... Nr. 4.

... Bezugnahme auf den mit dem gle...
... darauf hin, daß unter ...
... werden kann; das die Anfechtu...
... dann die krankhafte Anlage des ...
... bezieht sich auf einen ausführ...
... welchem er die Fragen zu beantworten...
... Degeneration, ist er infolgedessen so ...
... und sexuellen Ausschreitungen da...
... entziehen vermag? War dieser Zust...
... ?

... und Imbezillität in strafrechtlich...
... Blätter. Heft I.

... die Lehre von der sog. moral in...
... Perversitäten.

... forensisch interessanten Fall h...
... Bemerkungen zur Prüfung de...
... Heft II—III.

... war angeschuldigt, seinen vierjährig...
... Schwachsinn, besonders nach ...
... nach einem Trauma an einer peri...
... Hemmung und Sinnestäuschung ein...
... Psychose, die vor deren Ausbruch geze...

... die späteren schlugen aus der Art.
... dann die Methode der Intelligenzprüfung u...
... Bedenken hin, die der Verwertung der sog. „Fa...
... formal anhaften. Die Deutung und Erklärung e...
... empfiehlt sich mehr, um einen Begriff ... Grad der ...
... gewinnen. Verf. ordnete eine Reihe v... ...ückwörte...
... sie zu verstehen, in einer aufs...
... schwereren vorgehend, gewinnt er ...
... der Explorandin. Die so erzie...
... Intelligenz als die Ergebnisse ...
... soll die Möller...

Digitized by Google

, S., Dr. med. und *Steinhärter*, S., Dr. jur., Die pnotischen Aufträge in ihrer psychiatrischen und chen Bedeutung (Fortsetzung und Schluß). Friedreichs . Heft I—III.

iegende Teil behandelt die juristische Seite der posthypnotischen berücksichtigt naturgemäß einmal den Hypnotiseur und dann sthypnose ausgeführten Handlungen.

Hypnotiseur angeht, so wird auf ihn wegen des Fehlens von dolus als § 230 StGB. anwendbar sein; das würde insbesondere den Laienhypnotiseuren gegenüber besonders erwünscht sein. Bei wider Willen trifft § 239 nur bei dadurch bedingter Aufenthaltszu. Der Begriff Gewalt im Sinne des Gesetzes wird durch die t erfüllt; nicht nur versteht man unter Gewalt die körperliche lung, sondern Hypnose bedeutet auch keinen absoluten Zwang. die Hypnose unter dem Begriff List subsummiert werden.

im posthypnotischen Zustande handelnden Verbrecher gilt och § 51 StGB. Die Suggestibilität ist keine krankhafte Störung igkeit; ebensowenig ist der in Posthypnose handelnde bewußtnat. Höchstens kann von einer verminderten Zurechnungsfähige sein. Der Hypnotiseur würde in einem solchen Falle als § 48 StGB. zu bestrafen sein. Posthypnose kann für § 176 cht kommen.

ferenda verlangt Verf. ein Verbot der Hypnose zum Zwecke lung und Sensation und die Einführung des Begriffs der verrechnungsfähigkeit.

tlich spielt die Posthypnose kaum eine Rolle. Bei Willensibt die Anfechtung nach § 123 BGB. dem Hypnotisierten hinhutz; hier bedarf es auch keiner Änderungen der gesetzlichen .

deraufhebung der Entmündigung oder Umwandlung tmündigung wegen Geisteskrankheit in solche wegen schwäche? Nebst Bemerkungen über die Entmündigung Geistesschwäche (Fortsetzung und Schluß). Friedlätter Heft I—III.

ichere z. T. wörtliche Wiedergabe weiterer einschlägiger Para- Zusammenstellung der Rechte, die dem wegen Geistesschwäche zustehen. Dann teilt Verf. einen Fall eigener Beobachtung mündigung wegen Geisteskrankheit war erfolgt wegen einer auf Anlage beruhenden, angeborenen geistigen Schwäche. In dem meverfahren beschloß das Amtsgericht in Anlehnung an das teilte Gutachten, daß der Antrag der Entmündigten auf Wieder-

Ehegatten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses
daß dem Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet we

Strassmann, Fritz, Alkoholismus und Ehescheidung.
Sachverständigen-Zeitung. Nr. 4.

Verf. weist unter Bezugnahme auf den mit dem gleichen
sehenen Aufsatz von *Leppmann* darauf hin, daß unter Umst
§ 1333 BGB. herangezogen werden kann; das die Anfechtung d
gründende Moment ist dann die krankhafte Anlage des zur
neigenden Ehegatten. Verf. bezieht sich auf einen ausführliche
mitgeteilten Fall, in welchem er die Fragen zu beantworten hat
bei dem Beklagten eine Degeneration, ist er infolgedessen so wille
daß er sich dem Trunke und sexuellen Ausschreitungen dauern
eigener Kraft nicht zu entziehen vermag? War dieser Zustand
der Eheschließung vorhanden?

Kompe, Idiotismus und Imbezillität in strafrechtlicher
(Schluß). Friedreichs Blätter. Heft I.

Kurze Übersicht über die Lehre von der sog. moral insani
sprechung der sexuellen Perversitäten.

Finckh, J., Über einen forensisch interessanten Fall hoc
Schwachsinns, nebst Bemerkungen zur Prüfung der I
Friedreichs Blätter. Heft II—III.

Der 16jährige Knabe war angeschuldigt, seinen vierjährigen
mordet zu haben. Allgemeiner Schwachsinn, besonders nach de
Seite. Der Vater erkrankte nach einem Trauma an einer period
Depression, psychomotorischer Hemmung und Sinnestäuschung einh
zur Heilung führenden Psychose; die vor deren Ausbruch gezeug
waren gesund, die späteren schlugen aus der Art.

Er bespricht dann die Methode der Intelligenzprüfung und
sonders auf die Bedenken hin, die der Verwertung der sog. „Fab
inhaltlich wie formal anhaften. Die Deutung und Erklärung ein
wortes empfiehlt sich mehr, um einen Begriff über den Grad der
zu gewinnen. Verf. ordnete eine Reihe von ca. 140 Sprüchwörter
Schwere, sie zu verstehen, in einer aufsteigenden Skala, und vom
zum schwereren vorgehend, gewinnt er ein Bild von der Höhe
fähigkeit der Exploranden. Die so erzielten Resultate entsprache
wirklichen Intelligenz als die Ergebnisse bei der Anwendung der Fab
Die Sprüchwörtermethode soll die *Möllersche* Fabelmethode nicht
sondern nur ergänzen.

ypnotischen Aufträge in ihrer psychiatrischen und
ischen Bedeutung (Fortsetzung und Schluß). Friedreichs
r. Heft I—III.

rliegende Teil behandelt die juristische Seite der posthypnotischen
d berücksichtigt naturgemäß einmal den Hypnotiseur und dann
Posthypnose ausgeführten Handlungen.
en Hypnotiseur angeht, so wird auf ihn wegen des Fehlens von dolus
23 als § 230 StGB. anwendbar sein; das würde insbesondere den
en Laienhypnotiseuren gegenüber besonders erwünscht sein. Bei
wider Willen trifft § 239 nur bei dadurch bedingter Aufenthalts-
g zu. Der Begriff Gewalt im Sinne des Gesetzes wird durch die
ht erfüllt; nicht nur versteht man unter Gewalt die körperliche
ndung, sondern Hypnose bedeutet auch keinen absoluten Zwang.
nn die Hypnose unter dem Begriff List subsummiert werden.
en im posthypnotischen Zustande handelnden Verbrecher gilt
noch § 51 StGB. Die Suggestibilität ist keine krankhafte Störung
ätigkeit; ebensowenig ist der in Posthypnose handelnde bewußt-
omat. Höchstens kann von einer verminderten Zurechnungsfähig-
de sein. Der Hypnotiseur würde in einem solchen Falle als
ch § 48 StGB. zu bestrafen sein. Posthypnose kann für § 176
racht kommen.
ge ferenda verlangt Verf. ein Verbot der Hypnose zum Zwecke
ellung und Sensation und die Einführung des Begriffs der ver-
urechnungsfähigkeit.
chtlich spielt die Posthypnose kaum eine Rolle. Bei Willens-
gibt die Anfechtung nach § 123 BGB. dem Hypnotisierten hin-
Schutz; hier bedarf es auch keiner Änderungen der gesetzlichen
en.

iederaufhebung der Entmündigung oder Umwandlung
Entmündigung wegen Geisteskrankheit in solche wegen
esschwäche? Nebst Bemerkungen über die Entmündigung
n Geistesschwäche (Fortsetzung und Schluß). Fried-
s Blätter Heft I—III.

rlichere z. T. wörtliche Wiedergabe weiterer einschlägiger Para-
l Zusammenstellung der Rechte, die dem wegen Geistesschwäche
en zustehen. Dann teilt Verf. einen Fall eigener Beobachtung
ntmündigung wegen Geisteskrankheit war erfolgt wegen einer auf
Anlage beruhenden, angeborenen geistigen Schwäche. In dem
verfahren beschloß das Amtsgericht in Anlehnung an das
ilte Gutachten, daß der Antrag der Entmündigten auf Wieder-

wird und daß gleichzeitig verfügt wird, die Entmündigung
Geistesschwäche fortzudauern.

Becker, Carl, Eine Querulantin. Friedreichs Blätter f
liche Medizin. Heft V.

Mitteilung eines Gutachtens.

Schott, A., Mord bzw. Totschlag und Dementia praeco
jahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliche
wesen. XXX. Bd., 2. Aufl.

Verf. teilt die Krankengeschichten von fünf Fällen mit;
hatten sich einen Mord oder Totschlag zuschulden kommen
einem Falle war das Vorhandensein von Geistesstörung zur Zeit
genommen; in den vier anderen Fällen war Verurteilung erfolgt.

Verf. hebt hervor, daß die langsam einsetzende Charakte
eins der ersten Krankheitszeichen der beginnenden Dementia
und daher die eingehendste Beachtung verdient. Der lange For
Schulkenntnisse und die gute Merkfähigkeit sowie das Fehlen
täuschungen und Wahnideen erschweren dem Richter ein Ver
erleichtern die Annahme eines störrischen, rohen Charakters. D
ist bei der Begutachtung auf eine Umwandlung der Persönlich
geschuldigten zu legen.

Nücke, Kastration in gewissen Fällen von Geiste
Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. Nr. 29.

Die diesjährige Jahresversammlung der schweizerischen I
klärte ohne Widerspruch die Sterilisierung von Geisteskranken
Fällen für wünschenswert und forderte eine gesetzliche Regelung

N. knüpft hieran an und erörtert unter Anlehnung an se
Auslassungen über das Thema die Gründe und Voraussetzungen de
Sie kann angezeigt sein im Interesse der Angehörigen (Mutter
der Gesellschaft, weniger wegen der Degeneration als wegen d
der vielen Unglücksfälle und Verbrechen. Angeborene oder frü
artungszustände erheischen eine Kastration erst nach vollendete
mit Ausnahme der sehr aktiven moralisch Schwachsinnigen, d
sterilisieren oder einzusperren sind bis zur Kastration. Nur die
Fälle sind einstweilen zu berücksichtigen. Für die Männer
Vasectomie, also Ausschneidung eines Stückes des Samenleiters,
für das weibliche Geschlecht fehlt es noch an einer zweckent
Methode.

von Verbrechern, Irrsinnigen oder Leprösen. Garantien müssen eschaffen werden. Es bedarf der Erlaubnis des Kranken resp. undes und vor allem seitens des Richters. Ein Kollegium von digen hat im Einzelfalle zu entscheiden.

Adolf, Wirkung von „Gerichtssaalberichten". H. Groß' v, 20. Band, 1. u. 2. Heft.

ung dreier Fälle von Falschmünzerei, die durch Zeitungsberichte ren.

, Otto, Reformvorschläge zur Zeugenvernehmung vom punkte des Psychologen. H. Groß' Archiv, 20. Band, 2. Heft.

ntersucht, wie man verhältnismäßig die besten Aussagen erzielt Forderungen sich aus den neueren Forschungen über die Psychoussage ergeben. Bei der Zeugenvernehmung sind Fragen tunlichst n; werden dennoch Fragen gestellt, so sind diese ins Protokoll n. Suggestivfragen sind völlig zu vermeiden, da sie eine bestimmte ne des Zeugen nahelegen. Die Fahrlässigkeit bei den falschen gen soll nicht strafbar sein. Die suggestive Wirkung der Zeitungsgebührend zu berücksichtigen. Der Presse ist das Recht der ehmung zu verbieten. Die Rekognition soll sich auf eine Ausner Zahl ähnlicher Gegenstände oder Personen beschränken und erhandlung erfolgen. Die Verurteilung darf nicht allein auf die eistesgestörter Personen oder von Kindern erfolgen. Zeugen mit len Aussagen, besonders dann, wenn diese von anderen Aussagen abweichen, sind von psychologisch geschulten Sachverständigen ihrer Glaubwürdigkeit zu prüfen. Der Richter soll mehr als nalpsychologisch vorgebildet sein.

ann, Handbuch der gerichtlichen Medizin. Neunte Auf- des *Casper-Liman*schen Handbuches. Berlin 1905. st Hirschwald. Erster Band.

*Casper*sche Handbuch, das wohl jedem bekannt ist, der sich etwas mit der gerichtlichen Medizin befaßt hat, ist seit seiner achten Jahre 1889 nicht mehr erschienen. Eine neue Auflage erschien wendiger, als nicht nur die Medizin inzwischen gewaltige Fortnacht hat, sondern auch deshalb, weil die rechtliche Natur der behandelnden Frage sich erheblich geändert hat. Diese Lücke rliegende Buch aus, das sich von seinen früheren Auflagen auch terscheidet, als es nicht mehr von einem Autor allein bearbeitet

auf diesem Gebiete wissenschaftlich und praktisch sich besonde
haben.

Der bisher erschienene erste Band, der außer dem allgeme
die streitigen geschlechtlichen Verhältnisse, die nicht tödlichen
letzungen, die gewaltsamen Todesursachen und die tödlich verlau
giftungen behandelt, interessiert den reinen Psychiater relativ
an den psychiatrisch belangreichen Stellen wird naturgemäß au
ausstehenden psychiatrischen Teil des Handbuchs verwiesen. I
nach seinem Erscheinen des genaueren hier berücksichtigt werde

Indes sei schon hier bemerkt, daß die Mitarbeiter den F
der Wissenschaft durchaus gerecht geworden sind und daß sie
den Neuling anziehende Kasuistik mit Recht beibehalten und
haben; freilich hätte Ref. manche Punkte gerade in diesem Hand
ausführlicher behandelt gesehen.

Wyler, Marcus, Dr. jur., Die rechtlichen Hauptformen de
sorge. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. N

Verf. gibt eine Übersicht über die Vorschriften der verschiede
hinsichtlich der Irrenfürsorge, und zwar je nachdem die Kranke
lichen Anstalten, in einer Privatanstalt oder in Familienpflege un
sind. Am interessantesten ist es, zu vergleichen, an welche Vora
und Bedingungen die Erteilung einer Konzession einer Privatirren
knüpft ist, sofern solche überhaupt konzessionspflichtig ist.

Mehl, Aug., Die Geschichte eines geisteskranken Bra
H. Groß' Archiv, 20. Band, 3. u. 4. Heft.

Der an „halluzinatorischer Verrücktheit mit unverkennbaren
sinn" (Dementia praecox? Ref.) Leidende ließ sich eine große
Brandstiftungen zuschulden kommen; der Alkohol spielte dabei
Rolle. Das Motiv der Brandstiftung wurde nicht immer eingehe
vielfach wurde er kurzerhand für einen Bösewicht gehalten. An
Falls plädierte Verf. für Unschädlichmachung gemeingefährliche
durch Strafjustizbehörden, die von Psychiatern beraten werden;
viel geeigneter als Polizeibehörden.

Geill, Kriminal-anthropologische Untersuchungen dänische
keitsverbrecher. H. Groß' Archiv, 20. Band, 3. u. 4

Unter 1845 männlichen Verbrechern des Kopenhagener Unte
gefängnisses aus der Zeit von 1898—1905 waren 116 Sittlichkeits
= 17% unehelich geboren; bei 35% Alkoholismus in der Abstan
20% Geistes- oder Nervenkrankheiten. 28 sind psychisch m

Digitized by Google

während unter allen Verbrechern 15,6% abnorm waren. In fast
l der Fälle muß der Alkohol als mitwirkende oder hervorrufende
s Sittlichkeitsverbrechens angesehen werden.

, E. von, Mediziner und Juristen gegenüber den Fragen
der forensischen Psychologie. Monatsschrift für Kriminal-
hologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg., 6. u. 7. Heft.
skizziert in dem vorliegenden Vortrag, mit dem die neugegründete
sychologische Vereinigung in Heidelberg eröffnet wurde, das den
d Psychiatern gemeinsame Arbeitsfeld. Verf. geht dabei, und das
e Ausführungen besonders anregend, von seinen eigenen Erfahrun-
ider wird so das Zivilrecht nicht berührt.

burg, Gustav, Zur Psychologie der Sittlichkeitsverbrecher.
tsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform.
hrg., 6. u. 7. Heft.
benutzte zur vorliegenden Arbeit 200 Einzelbeobachtungen von
lichkeitsverbrechen mit Gefängnis bestraften Individuen. Nur
en uneingeschränkt zurechnungsfähig. Einwandfrei geistig gesund
den 200 Individuen nur 45, und bei dieser Prüfung waren die
sehr herabgeschraubt. 44 waren vom Standpunkt des Irrenarztes
verurteilt; daß die senile Demenz darunter mit zwölf Fällen ver-
kann den Psychiater kaum wundern. Von diesen zwölf Greisen
zwei vorbestraft. Sämtliche Sittlichkeitsverbrecher über 70 Jahren
eprägt geistesschwach; nicht ein einziger war gerichtsärztlich be-
orden; 27 Individuen waren hochgradig schwachsinnig; 45 Gesunde
Zeit der Tat betrunken; bei manchen war allein der Rausch die
r Tat.
Recht weist Verf. sehr eindringlich auf den Schaden hin, den die
ch geschlechtliche Angriffe erleidet. Die perverse Sexualempfin-
in Symptom psychopathischer Entartung. Die Zuhälter sollten
r Landespolizeibehörde überwiesen werden.
kommt zu dem Schluß, daß kein Sittlichkeitsverbrecher bestraft
fte, bevor seine geistige Gesundheit erwiesen ist. Unsere Abwehr-
brauchen deshalb nicht weniger energisch zu sein.

r Reform der Freiheitsstrafen. Monatsschrift für Kriminal-
hologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg., 6. u. 7. Heft.
wünscht eine Einengung des Gebietes der Freiheitsstrafen, Erhöhung
ündigkeitsgrenze auf 14 Jahre, Verkürzung der Dauer der Frei-
und einen ausgiebigeren Gebrauch der Geldstrafen; er ist ein

Digitized by Google

des jüngst von *H. Groß* empfohlenen Hausarrestes. Auch der
bedarf einer Reform. Zuchthaus-, Gefängnis- und Haftstrafen g
spricht sich gegen die sog. unbestimmte Strafe aus; die Hand
bedingten Entlassung verlangt Besserung. Verschärfungen der Fre
sind unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, abgesehen von
strafe. Er erklärt sich für Einzelhaft. Besondere Anstalten für Mi
erklärt er für ein Unding.

Hoche, Alfred, Bemerkungen zur Frage des künstlich
bei Neurosen und Psychosen. Monatsschrift für
psychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg., 6.

Die Neigung, wegen nervöser oder psychischer Anomalie
einzuleiten, nimmt zu. Schwere Fälle von unstillbarem Erbr
Chorea gravidarum geben die Indikation ab. Für Melancholie
schem Charakter trifft das nicht zu. Drohende Selbstmordgefah
wenn sie pathologisch bedingt ist, für den Psychiater in Betrac
sie erheischt dann Anstaltsbehandlung.

Bonhöffer, Karl, Sittlichkeitsdelikt und Körperverletzung
schrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform.
3. Heft.

Vergleichende Untersuchung von je 50 Sittlichkeitsverbr
Körperverletzern. Bei diesen letzteren überwiegen die Bauhand
jenen die Handwerker. Auffallend groß ist die Zahl der Imbezil
Körperverletzern; bei diesen finden sich weniger körperliche Defek
lich unansehnliche und mißgestaltete Individuen finden sich be
den wegen Unsittlichkeit mit Kindern Verurteilten. In jeder Gr
nur wenige (13 bzw. 14 Individuen) ohne psychische Anomalie
Sittlichkeitsdelinquenten findet sich relativ oft beginnendes Seniu
riosklerose. Die Zahl der im Sinne des § 51 StGB. Kranken
Sittlichkeitsverbrechern größer. Beide Deliktarten zeigen eine
hängigkeit vom Alkoholgenuß.

Näcke, P., Der Traum als feinstes Reagens für die
sexuellen Empfindens. Monatsschrift für Kriminalp
und Strafrechtsreform. 2. Jahrg. 8. Heft.

Im Traume spiegelt sich nicht nur die Richtung der Se
groben, sondern in allen feinen Details, mit untrüglicher Sicher
Ein einzelner Traum besagt nichts; es gibt Kontrastträume. Ma
mehr eine Reihe von Träumen derselben Person aus verschied

men kann die Unterscheidung zwischen Perversionen und Perversi-
offen werden; Träume ermöglichen die Diagnose des Geschlechts
ern. Verf. hebt den forensischen, prognostischen und therapeuti-
t der Träume hervor, immer die Glaubwürdigkeit des jeweiligen
ns und die Ausschaltung von Suggestionen vorausgesetzt.

nn, Der heutige Standpunkt der Daktyloscopie H. Groß'
hiv, 21. Band, 3. u. 4. Heft.

gibt eine Geschichte der Daktyloscopie und eine kurze Übersicht
heutige Anwendung. In Großbritannien wurden 1902 danach 1722,
und in der ersten Hälfte des Jahres 1904 2335 Personen identi-
l zwar nach dem *Henry*schen System. In Frankreich und Preußen
*Bertillon*sche System angewandt, dessen Prinzipien an der Hand
lungen erörtert werden. In Hamburg findet die auf *Henry*schem
nende *Rosche*sche Registratur Anwendung.
befürwortet die Einberufung einer internationalen Konferenz, die
ein System einigt. Es erscheint bedenklich, die Daktyloscopie zu
ren; richtiger ist es, daß auch jede größere Verwaltung einen ge-
aktyloscopen hat.

Hans, Antrittsvorlesung. H. Groß' Archiv, 21. Band,
2. Heft.

ündung seines Standpunktes als Vertreter der psychologischen
n der Jungdeutschen Kriminalistenschule.

bert, Ein Fall von Paramnesie in der antiken Literatur.
Groß' Archiv, 21. Band, 3. u. 4. Heft.

einer Stelle im Horaz behauptet Pythagoras, schon einmal auf der
sen zu sein, und zwar als Euphorbos vor Troja gekämpft zu haben.
nsicht der Griechen von der Seelenwanderung ist diese Erscheinung
ihren.

, Leichenschändung und Aberglauben. H. Groß' Archiv,
Band, 3. u. 4. Heft.

die Leichenschändung war der Aberglauben maßgebend, daß man
lem Auge eines in der Karwoche aus dem Grabe geholten Kindes
machen könnte, wenn man nur nichts von der wunderkräftigen
les Talismans verriete. Derselbe Mann beging eine zweite Leichen-
, da er nach den Prophezeiungen einer Kartenschlägerin mit den
stücken einer ausgegrabenen Kindesleiche eine reiche Braut gewinnen

verfahren wurde wegen Unzurechnungsfähigkeit eingestellt.

Sieber, R., Zur Frage der Schlaftrunkenheit. H. Groß' 21. Band, 1. u. 2. Heft.

V., Gerichtsadjunkt, berichtet über eine Eigenbeobachtung; e lebhaft von Vorfällen, die ihn vorher gemütlich intensiv beschäftigt h faßte seine Frau an, in der er den vermeintlichen Einbrecher sah. Schreien der Frau kommt er allmählich zu sich, in Schweiß gebad schöpft wie nach einer großen physischen Anstrengung.

Lelewer, Georg, Ein Fall solitärer Erinnerungstäuschung. Archiv, 21. Band, 1. u. 2. Heft.

Ein geistig minderbegabtes Individuum war von zwei Person verletzt worden; es beschuldigte zwei Personen der Tat, denen e Lage der Sache wohl zutrauen konnte. Indes war nur der eine der Verletzte hielt aber trotz aller erdrückenden Gegenbeweise Annahme fest, daß auch der andere ihn mißhandelt hatte.

Hartmann, Fritz, Andichtung von Kindesmord. H. Groß 21. Band, 1. u. 2. Heft.

Ein psychiatrisches Gutachten, das überzeugend dartut, da schuldigung, einen Kindesmord begangen zu haben, auf pseudologia p zurückzuführen war. Aus der eingehenden psychologischen Analys hervorgehoben zu werden, daß das Haftenbleiben der Affektlage ei liche Rolle bei den wahnhaften Auffassungen spielte.

Markovac, Karl, Disposition der Epileptiker zur Autosu H. Groß' Archiv, 21. Band, 1. u. 2. Heft.

Ein Epileptiker beschuldigte sich grundlos der Mittäterschaft Raubmorde, den er mit allen Details genau schildert. Seine Ang sich als unwahr heraus, da die von ihm bezichtigten Mittäter ihr A weisen konnten.

Näcke, P., Le monde homo-sexuel de Paris. — Quelque sur les homo-sexuels de Paris. Archives d'anth criminelle, de criminologie et de psychologie no pathologique. Tome IV.

Verf. bestreitet auf Grund seiner in Berlin gemachten Beob die Richtigkeit der Schilderung, die *Raffalovich* von dem Leben der

nacht; darnach sollen dort die Lokale für die Homosexuellen die
rbrecherspelunken sein. In einem Nachtrag veröffentlicht *N.* einen
richteten Brief eines Schriftstellers, der an der Hand eigener in
achten Erfahrungen ihm völlig Recht gibt.

rger, Otto, Gegen den Strafvollzug. Deutscher Arbeiter-
tinenten-Bund. J. Michaelis, Berlin. 30 S. 20 Pfennig.
einverständliche Darstellung der kriminellen Bedeutung des Alkohol-
s und eindringliche Befürwortung der Abstinenz.

Das Geständnis in Strafsachen. (Juristisch-psychiatrische
nzfragen.) Verlag C. Marhold, Halle a. S. 1905. 142 S.
unterzieht das Geständnis in Strafsachen einer Erörterung in
und psychologischer Hinsicht. Der erste Teil behandelt die
ische Bewertung des Geständnisses des Angeklagten in der Ge-
m römischen, älteren deutschen und kanonischen Recht, sowie in
tutio Criminalis Carolina und schließlich dem geltenden Recht. Es
welch hoher bis in die Neuzeit noch steigender Wert dem Ge-
ür die Entscheidung der Schuldfrage beigemessen wurde, ein Wert,
rst in der neuesten Zeit rapide abnahm, wo ein Geständnis weder
Verurteilung notwendig, noch einem Freispruch hinderlich ist und
en Umständen durch Gewalt erzwungen werden darf. Dem ge-
en Überblick schließt sich eine interessante psychologische Würdi-
Geständnisses als Kriterium seiner Beweiskraft an mit Einfügung
ichen gut ausgewählten Beispielen aus der Literatur. *E. Arndt.*

Über das Bewußtsein, seine Anomalien und ihre foren-
ne Bedeutung. (Grenzfragen des Nerven- und Seelen-
ns XXXV.) Verlag J. F. Bergmann, Wiesbaden. 1905.
gemeinverständlich gehaltene, kritisch referierende Darstellung der
issenschaftlichen Anschauungen über das normale und pathologische
nsleben, welche dabei vielfach Bezug nimmt auf die hier in Betracht
n forensischen Fragen. Die Zurückführung von juristischen und
nden Vorurteilen mit ihren verfehlten praktischen Konsequenzen
idenschaftslose, naturwissenschaftliche Betrachtungsweise ist dabei
belehrende Absicht des Verf. *E. Arndt.*

Psychiatrisch-kriminalistische Probleme. Verlag F. Deu-
e, Leipzig und Wien. 1905. 72 S.
behandelt die drei „psychiatrisch-kriminalistischen Probleme" der

Digitized by Google

psychopathischen Zustände als Strafausschließungsgründe im Straf
eingehendsten wird das letztere Thema erörtert. *P.* nimmt dabei
auf das österreichische Strafgesetz Bezug, dessen hier in Betracht
Anschauungen und Paragraphen er namentlich auf Grund historis
suchung und Darstellung bespricht. Verf. geht dabei in der
referierend vor, ohne neue Ansichten oder Vorschläge zu bringen.

Reissner, Arthur, Die Zwangsunterbringung in Irrenanst
der Schutz der persönlichen Freiheit. Verlag von
Schwarzenberg, Berlin. 1905. 86 S.

Verf. übt als Jurist eine scharfe Kritik an den herrschend
lichen Bestimmungen über die Zwangsunterbringung von Geistesl
die Irrenanstalt und kommt zu dem entschiedenen Schlusse, daß
Irrengesetz nicht ausreiche, um den nötigen Schutz der persönlich
zu gewährleisten. Als Beweismittel stützt sich *R.* hierbei im ein
Fälle wie „Hirschberg", „Wegemann" u. a. Es wird verlangt E
der Entmündigung, Erschwerung der Verbringung von „harmlos
kranken mit Krankheitsbewußtsein" in die Irrenanstalt und überall ein
Kontrolle durch Staatsanwaltschaft und Laien. Eine gewisse Mitwi
dem Psychiater zum Heile der Kranken nicht versagt.

Allison, Insanity in penal institutions and its relation to
of penology. (Abgedruckt aus den Albany medic
Dez. 1903.) 8 S.

A. verlangt eine gründlichere körperliche und geistige Un
der Verbrecher vor der Verurteilung und Aufnahme in die Str
sowie eine bessere Beobachtung in den Strafanstalten selbst, un
brecherischen Geisteskranken und geisteskranken Verbrecher recht
sondern und in zu diesem Zweck gebaute Krankenhäuser bringen
von denen New-York gegenwärtig schon zwei besitzt.

Pessler, Zur Feststellung des Geisteszustandes der Beschul
Strafverfahren. Verlag Joh. Meyer, Braunschweig. 190

In der Hauptsache eine Sammlung von interessanten Strafr
die psychiatrischer Begutachtung unterlagen; von einem Juristen
und für Juristen bestimmt. Dem Psychiater ist an der Schrift
bemerkenswert das wachsende Interesse des Richterstandes an psyc
Kenntnissen, sowie das Sichtbarwerden der natürlichen Grenzen,
in der Beurteilung einschlägiger Fragen für den Laien notwend
müssen.

Digitized by Google

Über die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher und Mittel der Fürsorge zu ihrer Bekämpfung. (Juristisch-chiatrische Grenzfragen.) Verlag C. Marhold, Halle a. S. 5. 26 S.

. erblickt in dem Gewohnheitsverbrecher einen unbeeinflußbaren Minderwertigen. Diese Minderwertigkeit ist in der Regel eine an- der jugendliche Rechtsbrecher stellt meist das erste Entwicklungs- des Gewohnheitsverbrechers dar. Das soziale Milieu erzeugt (im en Sinne des Wortes) die verbrecherischen Entartungsformen und e auslösenden Reize. Aus der klinischen Auffassung ergibt sich die Zwecklos erscheinen alle Besserungstendenzen, zwecklos vor allem ge Strafverfahren, wenig aussichtsvoll der Kampf gegen das soziale Das einzig Gegebene ist, diesen Minderwertigen in ein künstliches bringen, welches seiner angeborenen Eigenart Rechnung trägt. Die in Betracht kommenden künstlichen Milieus, wie Strafanstalten, er, Erziehungsanstalten reichen nicht aus oder schaden nur. Das ilieu muß erst geschaffen werden, am besten in einer mit beliebiger arbeitenden Zentralanstalt, an welche sich ein System ländlicher anschließt. — Der sehr frisch und gründlich geschriebene Aufsatz n für einen weiten Leserkreis. *E. Arndt.*

Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen.) Verlag C. Mar- l, Halle a. S. 1905.

. sucht die Vorurteile zu zerstreuen, welche die Gemeingefährlich- Geisteskranken im allgemeinen überschätzen, während die größere ährlichkeit anderer, z. B. Geschlechtskranker, übersehen wird. Zu- er Staat es selber in der Hand, durch eine möglichste Erleichterung hmebedingungen die Gefährlichkeit des Irren einzuschränken. Mit hterung der Aufnahme muß eine Erleichterung der Entlassung ver- her Geisteskranker nach ihrer Genesung oder sozialen Wiederher- Hand in Hand gehen. Die Irrenanstalt darf nicht das stete Miß- s Publikums erneuern und zu einer Strafanstalt werden. Über die Entlassung entscheidet der Arzt. Längere ärztliche Überwachung lizinalbeamte bei genesenen einst gefährlichen Geisteskranken ist *E. Arndt.*

, *Julius*, Dr., Reichsgerichtsrat a. D., Willensfreiheit, al und Strafrecht. Lehmanns Verlag, München 1905.

. gibt eine klare und erschöpfende Darstellung des Wesens und der des Determinismus und der für und gegen ihn sprechenden

Ergebnisse der Psychologie und Psychiatrie die Richtigkeit des D
mus. In den letzten Kapiteln erörtert er eingehend das Verh
Determinismus zur Moral und zum Strafrecht und die aus der An
des Determinismus zu erwartenden Folgen. Seinem Buche fügt er
vollkommene Übersicht der bis jetzt über diese Frage erschienen
tur bei. *Klie*

Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zweiter Band, He

1. Heft 3—5. Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung, ein
logische, psychiatrische und militärrechtliche Studie von Dr. *Ewald*

Verf. bespricht an der Hand reicher Erfahrungen und auf G
amtlichen Kriminalstatistik die psychologischen Momente, die den
zur Fahnenflucht und unerlaubten Entfernung treiben, und betont
wendig es ist, durch scharfe Auswahl bei der Aushebung wie dur
Entfernung nicht völlig intakter Elemente die Armee rein zu halten
alsdann einen geschichtlichen Überblick über das Wesen und die
der Fahnenflucht bei den verschiedensten Völkern und Volksstä
Roms Zeiten bis zu den unsern. Zum Schlusse bespricht er unser
Militärstrafgesetzbuch, das er für fast vollkommen hält, und sc
schiedene zweckentsprechende Änderungen vor. Er empfiehlt
Straftaten Einfügung des jetzt noch völlig fehlenden Begriffes der
den Umstände" und alleinige Festlegung einer oberen Strafgrenze.

2. Heft 6 enthält einen Bericht über die Vorgeschichte un
öffnungssitzung der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und
im Großherzogtum Hessen nebst zwei daselbst gehaltenen Vorträg

1. Die Reform des Vorverfahrens im Strafprozeß von Prof. *M*

Verf. rügt die unserem heutigen System des Strafprozesses an
Mißstände und betont die Notwendigkeit der Reform. Die Frage
verfahrens bildet den Hauptfaktor des ganzen Systems und is
weniger vernachlässigt worden als andere Momente. Die Reform
bewegen sich in zwei Richtungen; die eine bildet die sogenannt
diktorische Gestaltung der Voruntersuchung, die andere erstrebt
den Gedanken des Parteiprozesses am entschiedensten. Letzte
verficht Verf. und stellt am Schluß seines Vortrags sechs Hauptp
die Gestaltung des Vorverfahrens auf.

2. Die Forschungen zur Psychologie der Aussage von Prof. S

Verf. gibt ein auf Grund seiner eigenen Methodik aufgebaut
der verschiedenen Arten von falschen Aussagen, weist auf deren
strafrechtliche Bedeutung hin und untersucht die psychologischen Be
für das Zustandekommen derselben; dabei kommt Verf. zu dem
daß es außer dem Meineid und dem fahrlässigen Falscheid noch e
fide und nicht fahrlässig geleisteten Falscheid gibt.

Heft 7 u. 8. Geisteschwäche als Entmündigungsgrund, zwei Vorträge.
Dr. med. *Camerer*.

. bespricht den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistes-
in medizinischem und juristisch-funktionellem Sinn und in der
der Entmündigungserklärung auf den Kranken selbst und bedauert,
auch bei der Entmündigung wegen Geistesschwäche von der Zu-
des Beschlusses unter Umständen abgesehen werden kann. Er
daß der Kreis der Entmündigung wegen Geistesschwäche bedeutend
zogen werde, und will die Frage, ob Geisteskrankheit, ob Geistes-
nicht nach einzelnen Krankheitsformen, sondern nach den Haupt-
n jeweils einer Gruppe von Krankheitsbildern beantwortet wissen.
cht alsdann die einzelnen Psychosen und hebt die Gesichtspunkte
e bei der Beurteilung in bezug auf Geistesschwäche maßgebend
en.

berlandesgerichtsrat *Landauer*.

. behandelt den Unterschied der Entmündigung wegen Geisteskrank-
derjenigen wegen Geistesschwäche in juristischem Sinne bei Aus-
r Entmündigung sowie hinsichtlich der Wirkungen, welche die Ent-
g im jeweiligen Falle nach sich zieht. Er betont, eine wie große
wegen Geistesschwäche Entmündigte im rechtlichen Leben noch
nn, und bespricht die verschiedenen Voraussetzungen, unter welchen
wegen Geisteskrankheit, andrerseits wegen Geistesschwäche ent-
verden kann. *Klieneberger*.

Die Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg und Gotha geb.
nzessin von Belgien. Carl Marhold, Halle. 1905.

. gibt eine eingehende Schilderung der wechselvollen Lebensschicksale
essin und führt sämtliche psychiatrische Gutachten über ihren Geistes-
n. Es geht aus ihm hervor, daß die deutschen Gutachten mehr
und kritisch sind, während die Franzosen die Vorgeschichte zu
ücksichtigt und viel zu viel Gewicht auf die persönlichen Angaben
essin gelegt haben. *Lüdike*.

renck-Notzing, Kriminalpsychologie und psychopathologi-
e Studien. Leipzig, Barth.

. behandelt in dem ersten Teile seiner gesammelten Aufsätze erst
und dann an der Hand einer reichen Kasuistik die psychosexuellen
n und weist die Inkonsequenz und Unklarheit des § 175 RStG.
dem zweiten Abschnitt der Abhandlung betont er unter Anführung
r eigener Beobachtungen aus seiner großen Gerichtspraxis die
Reformbedürftigkeit des § 51 RStG. und die gesetzliche An-

Digitized by Google

der Suggestion, ein Gebiet, das nach Ansicht des Verfassers noch l
in dem nötigen Umfange zugestanden und gewürdigt wird.

Günther, Die Zurechnung im Strafrecht. Berlin, Georg
bach. 1905.

Nach einer längeren einleitenden Erörterung über Willensfr
Zurechnung teilt Verf. die Rechtsverletzer je nach dem Grade der Z
ein in geisteskranke bzw. geistig minderwertige Verbrecher, in s
Zwangsrechtsbrecher und in Normale. Er fordert für jede dieser drei
eine gesonderte Behandlung, und zwar für die erstgenannte Grupp
nahme in eine Irrenanstalt, für die Zwangsrechtsbrecher die dauer
bringung in besonders hierzu geschaffene Detentionshäusern oder die D
für die normalen, noch der Besserung fähigen Verbrecher die In
in Straf- und Besserungsanstalten nach dem Muster der Anstalt v
mit allmählichem Übergang in die Freiheit nach verbüßter Straf
Schluß der Arbeit geht Verf. auf die Reformbedürftigkeit des §
ein und formuliert einige durchaus zeitgemäße und notwendig
bestimmungen.

Hoche, A., Zur Frage der Zeugnisfähigkeit geistig abnormer
Mit einigen Bemerkungen von Prof. Dr. *A. Finger* H
Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zwanglose Abl
Bd. 1. Halle a. S., Verlag von C. Marhold.

In der Pflegeanstalt zu X. war eine vollständig blödsinnige Kr
Angabe nach von einem früheren Hausburschen geschwängert word
des angeblich im Keller beim Krautschneiden vollzogenen Beischl
nach Aussage der Kranken ein seit langer Zeit in der Anstalt
Epileptiker gewesen sein. Dieser Epileptiker wurde dann vor Gerich
Besonders auf seine Aussage hin bejahten die Geschworenen die S
Der angeklagte Hausbursche, der dauernd seine Nichtschuld beteue
zu zwei Jahren Gefängnis verurteilt. An der Hand dieses selbstbe
Falles bespricht *H.* in eingehender, überzeugender Weise die Not
einer anderen Fassung des § 56 StPO. und schlägt wie *Asc*
folgende Ergänzung vor: „Unbeeidigt sind zu vernehmen ..... fer
deren Aussagen oder Wahrnehmungen durch Geisteskrankheit ode
schwäche beeinflußt sind." *Schroeder*-Li

Lener, La delinquenza e la pazzia in rapporto alla u
del fenomeno economico. Il Manicomio. XXI. 2.

Verf. führt aus, daß die Verbrecher nicht nur eine Rückkeh
primitive Menschheitsstufe darstellten, sondern vor allem das Result

s Produkt seiner Umgebung sei, so müßte eine durchgreifende unserer wirtschaftlichen Organisation, die den Kampf ums Dasein ild gestalte, die bisherigen massenhaften verbrecherischen Produkte nden bringen. *Probst*-München.

The mental and moral effects of the south African war, —1902, on the British people. The Journal of mental ce. Januar 1904.

bringt eine Menge statistischer Daten, die beweisen sollen, daß des südafrikanischen Krieges die Verbrechen in England gegen- vorhergehenden Jahre abgenommen haben. Die nächstliegende daß der Krieg eben viele unsaubere Elemente absorbiert habe, icht gelten; er behauptet vielmehr, daß die im Anfang des Krieges chlappen einen tiefen Eindruck auf das Volksbewußtsein gemacht llgemeine moralische Bewußtsein gehoben hätten. Sobald die Zeit vorüber gewesen sei, sei auch die Zahl der Verbrechen ihren früheren Standpunkt gestiegen. *Ganter.*

The relationship of wages, lunacy, and crime in South s. The Journal of mental science. Januar 1904.

glaubt nachweisen zu können, daß in Süd-Wales ein Fallen der Bere Kräfteanspannung und weniger Muße zusammenfalle mit der er Verbrechen, der Trunksucht und Geisteskrankheit. Umgekehrt igen der Löhne, weniger Arbeitszeit und mehr Muße mit einer r Trunksucht, des Verbrechens und der Geisteskrankheit verbunden. k des Verfassers muß aber einen Haken haben, oder es müssen von ihm nicht berührte Umstände in Betracht kommen; denn e der Artikel geradezu zur Ausbeutung des Arbeiters auffordern ektem Gegensatz zu den sonstigen Ergebnissen der National- tehen. *Ganter.*

, Sulla genesi biologica del delitto. Il Manicomio, 2. 1905.

führt aus, wie allmählich die Kriminalpsychologie an die Stelle alanthropologie trete. Die rein morphologische Betrachtung des sei ein Unding. Das Verbrechen sei eine soziale Krankheit; um kommen, müsse die Psychogenese des Verbrechens erst ausgebaut gibt eine gedrängte Übersicht über die mannigfaltigen Ursachen chens und sucht vor allem nachzuweisen, welch enorme Anzahl herischen Handlungen lediglich durch die Umgebung, das Milieu, davon unbeeinflußbar sei nur die Kriminalität auf Grund schwerer

Digitized by Google

Degeneration. Die Prophylaxe des Verbrechens müsse eine biol
eine soziale sein. Die biologische habe die Aufgabe, dem Umsich
Entartung eine Grenze zu ziehen; die soziale habe vor allem di
zu bekämpfen, die als Hauptursachen des Verbrechens anzus
nämlich einmal den Kult und die Anwendung der rohen Gewa
verschiedenen Formen, dann die Hochachtung oder Nachsicht
einigen Formen larvierter Kriminalität, die nichts seien als Trans
atavistischer verbrecherischer Tendenzen, und endlich den üb
Individualismus, der, um persönlichen Ehrgeiz zu befriedigen, die Al
schädige. *Probst-*

---

4. Pathologische Anatomie.

Ref.: Matusch-Sachsenberg.

Vogt, Über die Anatomie, das Wesen und die Entstehu
kephaler Mißbildungen nebst Beiträgen über die Entw
störungen der Architektonik des Zentralnervensystems.
aus dem hirnanatomischen Museum in Zürich (v. M
Heft I.

Die interessante, klare und gedankenreiche Arbeit ist auf d
bung dreier Mikrokephalengehirne aufgebaut. Dem ersten Fall sch
Bemerkungen über den Atavismus an, den Verf. für eine Ersch
sekundärer Natur erklärt, die Ursache für die Entstehung der
liege weder im spontanen Rückschlag noch in der Neigung zu Wie
atavistischer Entwicklungstendenz, sondern in primären entwicklungs
Momenten. Durch die Fixation bestimmter Entwicklungsphasen kön
des Weiterwachsens des Keimes in falscher Richtung Anleh
tierische, niedrigere Formen durch das Prinzip der phylogenetischen
zustande kommen. Der zweite Fall schließt mit Bemerkungen zu
Mikrokephalie, dem wenn auch geringen Maß von anatomische
zierung in dem allseitig verbildeten Gehirn entspreche ein Rest vo
fähigem Nervengewebe, das die Ausbildung rudimentärer Funkt
zuzulassen scheine. In Fall 3 werden die Ursachen der Mißb
sprochen, weitere Abschnitte erörtern den Aufbau und die Glie
Markkörpers, die Heterotypien, die gemeinsamen Punkte in Entwi
Bau der Heterotypien und anderer Formen atypischer Gestaltung
Substanz und das Wesen der Mißbildung. Das Gesamtergebnis fa
folgenden Sätzen zusammen: Wesentliche Momente der Mißbildun

s primäre pathologische (anatomisch nicht immer nachweisbare)
B. Gefäßerkrankungen, deren Folge die Mißbildung darstellt,
e Fixation einer bestimmten Entwicklungsphase des Keimes im
er einem seiner Teile, Zurückbleiben eines Teiles hinter dem

e Modifikation dieser Phase durch das Weiterwirken des Restes
zerstörten Entwicklungsfaktoren. Diese Modifikation erfolgt im
normalen Entwicklung, oder es kommt infolge der veränderten
n zu den
rrekturbildungen. Als solche sind zu betrachten: a) Unegales
nstum mehrerer Teile, zuweilen im Sinne kompensatorischer
e, b) Einhalten einer phylogenetisch niedrigen Stufe (Atavismus),
e Korrekturbildungen (Verbindungen und Bildungen in gänzlich
Architektonik).
e sekundären pathologischen Veränderungen des mißbildeten Keimes.

n, F., Die Neurofibrillenlehre und ihre Bedeutung für
klinische Neuropathologie. Wien und Leipzig, Wilh.
müller. 31 S.

ritische Besprechung der neuesten Untersuchungen gipfelt in un-
nerkennung der Neurofibrillentheorie und schließt mit dem Satze,
tdeckung der Neurofibrillen und ihre Deutung als Zellprodukte
der leitenden Funktion das Nervensystem in eine äquale Reihe
brigen Gewebsarten stelle, deren Zellprodukte die eigentlichen
r Funktion seien.

G., Paraplegia from fracture of the first, second and
dorsal vertebral, seven other fractures, laminectomy,
ery. The journ. of nerv. & ment. disease. September.

all interessiert mehr durch die Zahl und Schwere der durch eine
losion verursachten Verletzungen als durch die Symptome, doch
Verlauf manches bemerkenswerte, u. a. stellte sich die Funktion
rst nach drei Jahren wieder her.

., Acute anterior poliomyelitis in a youth. The journ.
erv. & ment. disease. September-Oktober.

d bei einem Sechzehnjährigen, der nach 13 Wochen an Pneumonie
formuliert das Ergebnis in folgende Sätze: P. a. entsteht durch
tzündung der Blutgefäße, die embolisch oder thrombotisch sein
Zerstörung der Ganglienzellen ist sekundär und beruht teils auf
r Blutzufuhr, teils auf Druck und Toxinwirkung. Der Befund ist

Digitized by Google

bei Kindern und Erwachsenen der gleiche und die Ursachen di
nicht in spezifischen Mikroorganismen, sondern in Bakterieninf
schiedener Art, manchmal auch in anderen Giften zu suchen sin
zündlichen Veränderungen zeigen sich in den peripheren Gefäßen
Ästen der Art. spin. ant., werden aber erst deutlich beim Eintritt
in die graue Substanz. Die ungünstige kollaterale Versorgung in
hörnern befördert Trägheit der Zirkulation und Embolien.

Fry, F. R., A case of cerebral tumor presenting
symptoms. The journ. of nerv. & ment. disease. (

Klein-eigroßes Endotheliom im Fuße der dritten linken St
dem Operculum und dem Lob. triangul., das die *Reil*sche Insel u
Schläfenwindung komprimierte. Die allgemeinen Tumorsymptome
ausgesprochen, deutliche zerebellare Ataxie, auch des Kopfes. Ta
rechts und einseitige Atonie wiesen auf das Kleinhirn als Sitz
Vielleicht bietet dafür die kürzlich von *Collier* gemachte Beoba
Erklärung, daß bei langsam wachsenden Tumoren die hinteren
Teile des Kleinhirns in das Foramen magnum gedrängt werden.
ist dies bei der Autopsie des Falles nicht bemerkbar gewesen.

Ludlum, An experimental study on the regeneration of
nerves. The journ. of nerv. & ment. disease. Aug

Versuchstiere Kaninchen, *Weigert-Pal*sche Färbung, *Stroebes*
für Achsencylinder. In den Fällen von Vereinigung der durchschni
resecierten Nerven fanden sich neue Fasern im peripheren Teil, b
einigung ließ sich in ihm weder Achsenzylinder noch Myelinscheide
Er bildet proliferiertes Neurilemm, aber keinerlei Nervenfasern, w
zentrale Ende in neugebildetem Bindegewebe und Neurilemm
Fasern nach allen Richtungen schickt.

Potts, A case of traumatic cervical hematomyelia and
division of the cord, with probable dislocation of
cervical vertebra. Remarks on the location of the
the biceps reflex. The journ. of nerv. & ment. disea

Bei kompleter Zerquetschung des Rückenmarkes zwisch
7. Cervikalsegment durch den luxierten Wirbel war Cremaster- u
reflex erhalten. Oberhalb der Quetschung — im 5. Segment —
rechts das Hinterhorn hämorrhagisch erweicht, der Bicepsreflex
anfangs lebhaft, erlosch dann und kehrte bis zum Tode schw
Der Befund erweist demnach das 5. Segment als Sitz des Bicepsrefl
Das Verhalten des Reflexes erklärt sich durch späteres Eindringe
ergusses in das Zentrum und beginnende Resorption.

tal, Brain Tumors, a study of clinical and post-tem records bearing of their operability and their sym-natology. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

er Hand von 221 Fällen von Hirntumor werden die Beziehungen sten Symptome zum Sitz des Tumors wesentlich mit dem Ergebnis , daß es einer viel exakteren klinischen Forschung bedarf, wenn der Operation im Einzelfalle mit mehr Sicherheit beantwortet l als bisher. Von den 221 Fälle waren 3% als absolut operierbar, öglich operierbar bezeichnet.

A case of tumor of the occipital lobe. The journ. of & ment. disease. Jan.

all von Sarkom des Occipitallappens, dessen Sitz nicht beschrieben erkenswert war im Verlauf das plötzliche Einsetzen rechtsseitiger e und ein ungewöhnlich häufiger Wechsel der Intensität der übrigen me. Der Kranke wurde wegen Verdacht auf Syphilis lange Zeit ilber behandelt.

An unusual case of carcinoma of the spine. The journ. erv. & ment. disease. Jan.

iner Frau, bei der vor drei Jahren eine krebsige Mamma entfernt em Jahre die Ovarien extirpiert waren, deutete enorme Schmerz-ler untersten Rückenwirbel und Bildung eines Gibbus daselbst auf ler Wirbelsäule. Lähmungen traten erst kurz vor dem an Maras-nden Tode auf. Keine Autopsie.

F. X., On spastic paralysis and syphilis of the cord. journ. of nerv. & ment. disease. Jan. 1905.

macht auf die Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen syphiliti-lparalyse aufmerksam und ist geneigt, mit *Oppenheim* und anderen schen Form lediglich ein Stadium der Krankheit und eine Myelitis zu sehen. In den drei beschriebenen Fällen zeigten sich vorzugs-Pyramidenstränge entartet, in den beiden ersten bestanden Muskel-ähnlich denen bei amyotrophischer Lateralsklerose, anscheinend n Beteiligung der motorischen Wurzeln. Die Pyramidenbahnen n Lieblingssitz des prätoxischen Stadiums der Syphilis dar, während philitische Toxin die Hinterstränge bevorzugt. Offenbar sind die Gefäße die Eintrittsstellen des Giftes, doch kann es vorkommen, ost geringe Veränderungen zeigen, während das Rückenmark schwer t.

Digitized by Google

Laidlaw, A preliminary report of the possible relati
neuro-fibrillar changes to insanity. The journ. of
ment. disease. Jan.

Verf. beschreibt Form und Färbbarkeit der Fibrillen in den Rü
zellen von normalen, verhungerten und durch Arbeit erschöpften R
Cajal mit einigen angegebenen Modifikationen) und vergleicht
Befund an Gehirnzellen einer Manisch-Depressiven und bei Paraly
scheint Quellung der Fibrillen und schwache Färbung (erschöpft
weiteren Verlaufe zu Körnung und Schwund von Fibrillen und
häufung zu führen (verhungerte Ratte, Gehirn der Manisch-Depres

Spiller, W. G. and *Frazier, C.,* The treatment of cerebr
and athetosis by nerve anastomosis and transp
The journ. of nerv. & ment. disease. May.

Anregung, durch Nervenanastomose und Verpflanzung zerebra
Muskeln wieder nutzbar zu machen.

Langdon, Myelomalacia with especial reference to diag
treatment. The journ. of nerv. & ment. disease.

Nach *L.*s Ansicht werden Myelitis und Myelomalacia durch
zu wenig unterschieden, obgleich die frühe Erkennung der Myelo
die erfolgreiche Behandlung von besonderem Werte sei. *L.* stel
Untersuchungsmerkmale auf:

Myelomalacia	Myelitis
1. Keine voraufgehende Krankheit.	1. Voraufgehende Krank Trauma.
2. Plötzlicher Beginn.	2. Nicht plötzlicher Begi
3. Kein Frost und kein Fieber.	3. Frost nicht selten, Fi
4. Keine Rigidität, kein Spasmus, oft einseitige und begrenzte Erscheinungen, plötzliche Zunahme.	4. Rigidität und Spasm handen, Befallensein mehrerer ganzer Segm plegie, stetige Versch
5. Gürtelschmerz fehlt oft.	5. Gürtelschmerz vorhan
6. Patellarreflex ungleich, oft einseitig.	6. Patellarreflex fehlt od gleich.
7. Plantarreflex ungleich, einseitig *Babinski.*	7. Plantarreflex fehlt, sp seits *Babinski.*
8. Sphincterkontrolle erhalten, oder für kurze Zeit fehlend.	8. Sphincterkontrolle erl lange Zeit.
9. Decubitus geringfügig und zu verhüten.	9. Decubitus unvermeidli
10. Keine Leukocyten	10. Leukocyten wahrschei

Digitized by Google

Behandlung muß auf Herabsetzung des Blutdruckes, Beförderung der und Beseitigung des entzündlichen Exsudats um den Erweichungs-

Krankheitsgeschichten sind beigefügt.

V. G., The location within the spinal cord of the fibers emperature and pain sensations. The journ. of nerv. ent. disease. May.

kel im rechten Seitenstrang im untersten Ende des Brustmarks, -Strang einbegreifend, etwas höher ein zweiter Tuberkel im linken nstrang mit *Gowers*schem Strang. Klinischer und anatomischer ern in diesem Falle den Beweis, daß die Bahnen für Temperatur- rzempfindung in den *Gowers*schen Strängen verlaufen. Ausführ- eitung des Falles soll folgen.

R., Anatomical findings in two cases of *Korsakoff*s tom-complex. The journ. of nerv. & ment. disease. h.

den Fällen lag Alkoholismus und Arteriosklerose zugrunde, der : akute Degeneration peripherer Nerven, axonale Reaktion der ellen, der Zellen der *Clarke*schen Säulen und einiger Nervenkerne edener intraspinaler Fasern nebst akuten oder axonalen Ver- in den Rindenzellen.

W. and *Park*, *R.*, Bilateral cervical sympathectomy he relief of epilepsy, with report of three cases. Notes e physiologic effects of cutting the sympathetic and on istologic changes found on the cases of question. The . of nerv. & ment. disease. April.

ist in Fällen von Resektion des Halssympathicus bei Epilepsie am Nerven selbst unbeachtet geblieben. Verff. fanden in drei Fällen Pigmentierung der meisten Zellen der Cervicalganglien, belung in wenigstens einer Zelle der Ganglien, bei einem Fall in ellen, degenerative Veränderungen in den markhaltigen Fasern Falle einen Entzündungsherd (perivaskuläre Rundzelleninfiltration). edeutung des Befundes und seinen Zusammenhang mit Epilepsie ch die Verf. mit Recht vorsichtig aus.

W., A case of myasthenia gravis, with autopsy. The . of nerv. & ment. disease. March.

rt hat zuerst auf das Zusammentreffen persistierender Thymus- ymphoider Infiltration der Muskeln und Myasthenie aufmerksam

Digitized by Google

gekapselten Abszeß, dessen Inhalt bakteriologisch nicht sicher
war. Der Zustand begann oder war kompliziert durch hysterisch
und führte in vier Monaten zum Tode. Es bestand konzentrisch
des Gesichtsfeldes mit Umkehrung für Rot und Blau und spät
wechslung aller Farben. Zuerst waren Augenmuskeln und
später Schultern und Arme, zuletzt die Atemmuskeln betroffen.

Dercum, A case of trauma of the foot of the seco
convolution, followed by ataxia, nystagmus and
The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

24 jähriger Arbeiter erhielt zwei Schläge gegen den Vord
Ballspiel, war bewußtlos, später delirant und zeigte einige Monat
Trauma starke Ataxie der Beine und des linken Armes, Nystag
schmerzen, Schwindel, Ohrensausen mit herabgesetztem Hörvermö
seits und Nackenschmerzen. Nach einem halben Jahre hatte er
Bewußtlosigkeit, die sich später mit allgemeinen Konvulsionen ver
Ataxie ging zurück, das anfangs normale Kniephänomen verschw
links. Trepanation ergab nichts Bestimmtes, doch wiederholte
Konvulsionen nur noch einmal und die Kopfschmerzen verloren s
war das Kniephänomen wieder normal, der Nystagmus blieb bes
Läsion des Kleinhirns, auf die Ataxie und Nystagmus allerdings
möchte *D.* ausschließen.

Morton Prince, The course of the sensory fibres in
cord and some points in spinal localisation based
of section of the cord. The journ. of nerv. & men
February.

Die Grundlage für die Untersuchung bildete ein Fall vor
des Halsmarkes zwischen dem 6. und 7. Segment durch einen
die am vierten Tage zum Tode führte. Aus dem Befunde zieht
Schlüsse: Da die Hinterstränge und die Hinterhörner vollkomm
waren, Tastempfindung auf einer Seite aber erhalten war, so m
empfindungen durch andere Bahnen als die Hinterstränge gehe
wahrscheinlich auch für Schmerzempfindung. Außerdem hatte
die linken Seitenstränge getrennt, hiermit muß die rechtsseitige He
in Verbindung gebracht werden, es muß also eine gekreuzte se
im Rückenmark vorhanden sein, die innerhalb des links durch
Feldes liegt. Die Beziehung des linksseitigen Priapismus zu de
gedehnteren Läsion ist nicht klar. Die komplette Paraplegie
die ungekreuzte motorische Bahn keine nennenswerten Beweg

d. Die Zerstörung des rechten Vorderhorns bei rechtsseitiger
hesie, während die Zerstörung links die weiße Substanz und
hinter der Schnittgrenze betraf, beweist, daß die sensorische
ht durch die graue Substanz geht. Lähmung der Extensoren und
bei erhaltener Funktion der Beuger ließ die Höhe der Läsion
gnostizieren und beweist, daß das Zentrum für die Beuger ober-
Segments, nicht, wie andere annehmen, unterhalb liegt.

Additional contribution to cases of multiple sclerosis
autopsies. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

Fälle von multipler Sklerose, die klinisch und anatomisch nichts
bieten.

cavità glenoidea dell' osso temporale nei sani di mente,
alienati e nei criminali. Bulletino delle Scienze Mediche.
V. 1905.

Messungen von über fünfhundert Schädeln ist Verf. zu dem
ekommen, daß die Fossa glenoidea des Schläfenbeins an Größe
klung stufenweise abnehme von den weißen zu den schwarzen
ß ferner eine Abstufung bestehe von den geistig Gesunden zu den
ern, von diesen zu den Geisteskranken und endlich, daß die Fossa
m wenigsten entwickelt sich bei den Verbrechern finde.

Probst-München.

Psammomi della dura madre. Il Manicomio XXI, 2, 1905.

hat einen Fall von Psammomen der Dura mater beobachtet, bei
glich war, die Bauart des Tumors in verschiedenen Stadien seiner
g zu sehen. Er hält auf Grund seiner Befunde die herrschende
ß das Psammom in erster Linie ein Äquivalent des Sarcoma angio-
i, für irrig; der von ihm studierte Tumor charakterisiere sich als
na calcificatum.

Probst-München.

Brunacci, Sulla corteccia dei vecchi. Roma, Romana.
.

Verfasser besprechen an der Hand von vier Fällen die Veränderungen
nzellen und Gehirnblutgefäße im Greisenalter und versuchen an
hrer Befunde die Frage zu beantworten, welcher Art die Beziehungen
en Gefäßveränderungen und den Veränderungen der Nervenzellen
den Nervenzellen findet sich die Pigmentdegeneration und der
Typus der Auflösung; die Produktion von Pigment in den Nerven-

sammenhang gebracht, auf dessen Rechnung man auch die Zell
setzen muß. An den Gefäßen zeigt sich regelmäßig ein Involu
der elastischen Membran mit starken Erweiterungen und Ausbuch
Gefäßvolumens. Entgegen der Ansicht *Metschnikoffs*, der die s
änderungen als Folge einer Intoxikation des Gesamtorganismus auf
die Verf. dafür, daß die senilen Veränderungen der nervösen E
direkter Beziehung stehen zu den Gefäßektasien, der enormen Ver
des Blutstromes in den Ausbuchtungen und Ampullen, wodurch
von Asphyxie und ungenügender Ernährung im unmittelbar
Nervengewebe ausgelöst werde. Gestützt wird diese Ansicht durch
daß die Veränderungen in den nervösen Elementen sich nicht
über die ganze Hirnrinde verbreitet finden, sondern klar lokali
fleckchenartig, in engem Zusammenhang mit dem Verlaufe der
Blutgefäße auftreten. *Probst-*

Cerletti, Sopra alcuni rapporti tra le „cellule a ba
(Stäbchenzellen) e gli elementi nervosi nella paralis
siva. Revista Sperimentale di Freniatria. XX
III—IV. 1905.

Über die bei der histopathologischen Diagnose der progressiv
wertvollen, von *Nißl* und *Alzheimer* Stäbchenzellen genannten Elem
Verf. einige neue Beobachtungen von Beziehungen, welche diese
zellen mit den nervösen Elementen, besonders den Pyramidenzellen
und kommt auf Grund derselben zu einer von *Nißl* und *Alzheimer* ab
Anschauung über den Ursprung der Stäbchenzellen. *Nißl*, de
früher für Elemente der Neuroglia gehalten, hat seine Anschau
dahin geändert, daß es sich dabei um von den Blutgefäßen ab
also mesodermale Elemente handle, welcher Ansicht auch *Alzheimer*
ist, ohne daß beide jedoch ihrer Auffassung den Wert einer defi
scheidung beilegten, da „ein zwingender Beweis auch für diese
noch nicht vorliegt". Verf. glaubt nun, daß die von ihm gefund
Beziehungen der Stäbchenzellen zu den nervösen Elementen ein
zu der primären Auffassung rechtfertigen, und daß es sich bei de
zellen um eine spezielle pathologische Modifikation von Neu
handelt. *Probst-*

Ugo Cerletti and L. Lambalino. On the pathology of t
fibrils. Journal of mental pathology 1905. Bd. 3.

Die Verfasser kommen auf Grund ihrer Tierexperimente zu d
daß die bisherige Technik zur Färbung der Neurofibrillen (noch *Ram*
und *Donaggio*) nicht ausreichen, um pathologische Veränderung
Neurofibrillen mit Sicherheit festzustellen. *Bohn-*

Digitized by Google

Concerning the continuity of the nerve-cells, and some matters connected therewith. The Journal of mental ce. April.

bringt durch seine Untersuchungen den Beweis, daß die Nerven- einander in einem kontinuierlichen Zusammenhang stehen.

Ganter.

lgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems. ig 1903.

erf. bringt größtenteils eigene Untersuchungen. Nachdem er kurz hichte der heute sich gegenüberstehenden Anschauungen hingewiesen er sich auf die Seite *Apathys*, daß das gesamte Nervensystem in henem Zusammenhang stehe. Er nimmt mit diesem die Neurofibrillen ende Element an und weist nach, daß auch bei Wirbeltieren die osen bekannten Nervennetze vorhanden sind, neben den langen ie sind hier vor allem im Blutgefäßsystem nachzuweisen; so hat as Herz ein reiches derartiges Netz.

ntersuchungen über Degeneration und Regeneration der periphe- ven stellen fest, daß diese Prozesse ohne Zusammenhang mit den len verlaufen können. Im Embryo entwickeln sich die Nerven- durch Auswachsen von den Ganglienzellen aus, sondern strang- eordnete Zellen verschmelzen zu Nervenfasern.

re Kapitel enthalten Untersuchungen über die primäre Färbbarkeit nzellen und Neurofibrillen. Sie ist ein Zeichen, daß die Nerven- alten ist, und beruht auf Anwesenheit von Substanzen, die sich alten. Beim elektrisch gereizten Nerven zeigen sich in der Ver- er Substanz an den Neurofibrillen durch Färbung nachweisbare gen. Verf. weist weiter an einem Beispiel nach, daß auch in lienzellfreien Organ Reflexe vorkommen, er verlegt die nervöse die von den Fibrillen gebildeten Gitter und sucht dies für die hr, Summation, Bahnung usw. zu begründen. Die rhythmischen sollen großenteils dadurch entstehen, daß ein kontinuierlicher, Schwelle liegender Reiz durch Summation eine Bewegung auslöst. gemäß ist es nicht möglich, auf den Inhalt der einzelnen Aus- auf die zahlreichen Untersuchungen und Experimente anders als ugen einzugehen.

Haenisch.

Digitized by Google

5. Allgemeines.

Ref.: Snell-Lüneburg.

Kraepelin, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende
Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth.
35 M., gebd. 37,70 M.

Das vortreffliche Lehrbuch liegt uns in siebenter, ganz um
Auflage vor. Wie auch in früheren Auflagen bringt der I. Band di
Psychiatrie und der II. Band die klinische Psychiatrie. Der II.
wohl die wesentlichen Veränderungen.

Die Ausstattung ist eine tadellose. *Sc*

v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis, mit besondere
sichtigung der konträren Sexualempfindung. — E
zinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen. –
verbesserte und vermehrte Auflage. Stuttgart, V
Ferdinand Enke. 1903. Preis 12 M., gebd. 14 M.

Das bekannte Buch des verstorbenen Meisters ist an dieser S
wiederholt besprochen. Die umfassende Beleuchtung der schwieri
ist des öfteren hervorgehoben. Es wird stets eine Fundgrube de
in den oft so unsicheren Fragen der sexuellen Verhältnisse bleib

Sc

Möbius, Im Grenzlande. Band 6 der „Ausgewählten
Leipzig, Ambr. Barth. 228 S. 3 M., gebd. 4,50 M.

„Aufsätze über Sachen des Glaubens" nennt *M.* die vorliegend
von sechs philosophischen Aufsätzen, die in den Jahren 1891 b
schrieben sind. Die Titel sind: 1. Über die drei Wege des Denke
Gespräche über Religion. 3. Über die Veredelung des Mensche
Gespräche über Metaphysik. 5. Über den Zweck des Lebens.
Anthropomorphismus. Das Titelbild ist ein Portrait Fechners.

Möbius, Franz Joseph Gall, Band 7 der „Ausgewählten
Leipzig, J. Ambrosius Barth. 222 S. 3 M, gebd

Aus dem Vorwort: „Ob es etwas helfen wird, das weiß
Aber ich will doch noch einmal versuchen, für *Gall* und seine Lehre
zu erwecken. Zeit wäre es ja, daß die Leute das Unrecht be

hlicher Gewinn zu finden ist. .... Wieviel von *Galls* Lehren un-
ufzunehmen ist, das läßt sich noch nicht sagen. Manches mag
lassen sein, aber der Kern, glaube ich, wird sich bewähren."
Buch besteht aus zwei Titeln: A. *Galls* Leben und Lehre, B. Die
ersten Teile wird nach der Mitteilung der Lebensgeschichte *Galls*
aus seiner Lehre gegeben. Als Hauptsätze seiner anatomischen
bezeichnet *Gall* die folgenden: Alle Nervenfasern entspringen aus
se. Es gibt so viele Systeme als es besondere Verrichtungen gibt,
ber durch Verbindungsbahnen verknüpft. Jedes Nervensystem des
n Lebens ist doppelt, aber stets werden beide Seiten durch
en zur Einheit verbunden. Ein Vereinigungspunkt aller Funktionen
s zu entdecken. Folglich muß uns die Einheit unseres Ich ein
bleiben. Unter den psychologischen Anschauungen *Galls* finden
die sich jetzt allgemeine Anerkennung erworben haben, so viele
erbrechertum, z. B. die scharfe Unterscheidung zwischen eigent-
rechern und Gelegenheitsverbrechern, und die Auffassung aller
kheiten als Gehirnkrankheiten, die von *Pinel* und *Esquirol* nicht
Klarheit ausgesprochen wurde. Die physiologischen Anschauungen
en ihn zur Aufstellung seiner Organologie. Er nahm 27 geistige
mit bestimmtem Sitz an der Oberfläche der Hirnhemisphären an.
weite Teil des Buches beschäftigt sich mit der Kritik, die *Gall*
ngs hatte *Gall* mehr Freunde als Gegner, bald aber fand er viel
, und besonders durch *Flourens,* der ihn heftig bekämpfte, kam
schweigen *Galls*. Als *Broca* die Beziehungen der linken dritten
g zu dem Sprachvermögen entdeckte, dachte niemand mehr an
och schon das Wortgedächtnis und den Sprachsinn in die Stirn-
er und über der Orbita verlegt hatte.
em Anhang teilt *Möbius* den Befund an dem Schädel seines
des Mathematikers A. F. Möbius, mit. Das „mathematische
es Schädels ist in auffallender Weise entwickelt.

., Individuelle Geistesartung und Geistesstörung. Heft 27
„Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens", Einzel-
ellungen, herausgegeben von *Loewenfeld* und *Kurella*.
baden, Bergmann. 59 S.

efühlssphäre ist bei allen geistigen Funktionen des Menschen der
ktor; sie trägt und leitet die Gedanken. Ein richtiges Verhältnis
efühls- und Gedankenwelt ist Bedingung für das normale Leben
vorragende Leistungen. Verkümmern oder Überwiegen des einen
ibt Anomalien und Perversitäten. Alle sogenannten Charakter-
n sind zusammengesetzt aus einer Summe von Gefühlen und
n. Erst wenn sie ihrer Beziehung zu Ort, Zeit und persönlicher

Seele. Der natürlichen Beanlagung des Individuums kommt der
an der Entstehung von Geistesstörungen zu. Die Gefühlswelt
und am auffallendsten eine Abweichung. Die feiner organisie
des Gefühls, das Zartgefühl, der Takt im Betragen, die Peinlichk
und Ehrensachen, die Gewissenhaftigkeit in der Pflichterfüllung
der Entwicklung einer Geisteskrankheit früher und auffallender
die rein geistigen Funktionen, das Gedächtnis, der logische A
Geistige Einzelleistungen gelingen oft noch recht gut. Die wirklich
und Anfänge von geistigen Störungen vermochten einzelne Autore
aufzudecken, wenn berühmte Männer erkrankt waren und in ih
Werken sowohl wie in ihren Biographien reichliches Material vor
gewöhnlichen Krankengeschichten und Schilderungen von Krank
fehlt diese Bekanntschaft mit den inneren Vorgängen vor der Er

Möbius, P. J., Geschlecht und Unbescheidenheit. Halle, C

Möbius wendet sich heftig gegen *Otto Weininger,* dessen Buch
und Charakter" ihm wie eine Karikatur seiner eigenen Arbeiten
Am allerhärtesten beurteilt wird das 13. Kapitel: „Dieses Kapitel
vom Judentum, d. h. *W.*, der erklärt, er sei selbst Jude, schimp
auf das Judentum. Dem Juden wie dem Weibe fehle die Persön
Geist, „die kantische Vernunft", der Jude sei kein Gentlema
schamlos, usw. Inwieweit *W.* Unrecht hat, das habe ich nicht zu
aber daß eine solche Prostitution ekelhaft ist, das weiß ich."

Grisar, Ein Grundproblem aus Luthers Seelenleben. V
der Generalversammlung der Görres-Gesellschaft
tober 1905. Literarische Beilage der Kölnischen Vo
Nr. 40 u. 41.

Der Verf., ein Jesuit, kommt zu dem Schlusse, die Tätigk
habe unter dem Einflusse einer anormalen Geistesrichtung ge
habe an krankhaften Angstzuständen und Sinnestäuschungen
sonders an Teufelserscheinungen.

de Loosten, Jesus Christus vom Standpunkte des P
Eine kritische Studie für Fachleute und gebild
Bamberg, Handelsdruckerei. 104 S. 2 M.

Der (warum?) pseudonyme Verf. kommt in seinen vollständi
freien Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Jesus wurde
zwischen den Jahren 4 und 14 vor dem Beginne unserer Zeit
Nazareth in Galiläa von einer Süd-Israelitin unehelich geboren.

vill, so kann man annehmen, daß Jesus von väterlicher Seite viel-
chischer Abstammung war. Die Juden lebten damals in gespannter
eines Befreiers von der Fremdherrschaft der Römer. Daß ihr
die Knechtschaft seines Volkes dulde, erklärten sie durch ihre
ndhaftigkeit. Die Predigt des Johannes „Tut Buße, denn das
h ist nahe herbeigekommen" fiel bei ihnen auf fruchtbaren
nter dem Gottesreiche verstand man allgemein die Regierung, die
nach Beseitigung der römischen Fremdherrschaft wieder über-
llte. Als Jesus zwölf Jahre alt war, wurde er von seinen Eltern
hfest nach Jerusalem mitgenommen und zeigte sich dort als früh-
sinnig und seinen Angehörigen gegenüber sehr selbstbewußt. Das
er heiligen Schriften brachte ihn zu der Überzeugung, daß die
rrschende Deutung vollkommen falsch sei; er geriet in einen
Gegensatz zu der herrschenden Priesterkaste. Zugleich entwickelte
n der Gedanke, daß die alten Verheißungen der Schrift eine be-
ziehung zu seiner Person hätten. Als er, wie viele seiner Lands-
von Johannes im Jordan taufen ließ, hatte er eine Sinnestäuschung,
em Glauben an seine besonderen persönlichen Beziehungen zu Gott
Sein stark ausgeprägtes Selbstbewußtsein steigerte sich in langsamer
g bis zu einem fixierten Wahnsystem, dessen Einzelheiten durch die
ligiöse Richtung der Zeit und seine einseitige Beschäftigung mit den
les alten Testamentes bestimmt waren. Begleitet war diese
Affektion von zahlreichen Halluzinationen, die sich auf mehreren
ten bewegten, und deren Eigenart sich stets nach dem Charakter
nvorstellungen richtete. Sein endlicher Untergang wurde durch
heidlichen Zusammenstoß zwischen Wahn und Wirklichkeit herbei-
l durch die Rücksichtslosigkeit beschleunigt, mit welcher er seine
verfocht, besonders sein Auftreten im Tempel zu Jerusalem.

ber die Frage des Heiratens von früher Geisteskranken. Geisteskrankheit und Ehe.) Anlegung der statistischen llen über Erblichkeit. Klinische und biologische Frage-ngen. Genealogische Stammbäume von 20 zyklischen teskranken (mit Tabelle). Vorschläge zur Prophylaxe. 11 Tafeln. Berlin, G. Reimer. 46 S. Preis 1,20 M.

llenau sind schon viele Arbeiten ausgegangen, welche die Lehren die aus den Erfahrungen über die Vererbung der Geistesstörungen xis gewonnen werden können. Die vorliegende Schrift gibt eine die erblichen Verhältnisse eines Kranken in übersichtlicher Weise darzustellen. Unter den praktischen Vorschlägen zur Prophylaxe, erschlechterung der Rasse durch ein „wahl- und reflexionsloses

Beihilfe des Staates verlangt. Da diese jedoch vorläufig noch nic
werden kann, muß zunächst durch Belehrung eine Verbesserung
werden.

Keller, Friedr., Beurlaubung von Industriearbeitern zur
gung in landwirtschaftlichen Betrieben unter Mitwir
sozialen Versicherungsanstalten. Ein Vorbeugun
Volks-Heilmittel gegen Nervenkrankheiten. Leip
Ambr. Barth. 56 S. 1,50 M.

Während die Zahl der Nervenleidenden in den weniger
Ständen sehr groß ist, geschieht bisher nur wenig zur Bekämpfung
leiden als Volkskrankheit. Volksheilstätten für Nervenkranke sind
reichen aber nicht aus; es sind Vorbeugungs- und Heilmittel not
wenig Kosten verursachen und deshalb weiten Kreisen zugänglich
übergehende zweckmäßige Beschäftigung in der Landwirtschaft e
Ansprüche und kostet nichts.

Schaefer, Monumenta medica. Originalstellen über Me
den alten Klassikern in deutscher Übersetzung.
historisches Bild in launiger Darstellung. Hamburg,
Lüdeking. 135 S. Preis 1,20 M., geb. 3 M.

Aus den griechischen und römischen Klassikern sind interessa
die sich auf die Medizin beziehen, ausgewählt, übersetzt, mit
versehen und nach diesen alphabetisch geordnet. In der Wahl
schriften kommt viel Humor zur Erscheinung. Die Psychiatrie i
Spezialfach des Verf.s, bevorzugt. Die Arbeit ist sehr nützlich
vielen zeigen, wie nahe wir jetzt wieder der griechischen Au
vielen Punkten stehen.

Freimann, Max, Über den physiologischen Stumpfsinn de
Berlin-Leipzig. Modernes Verlagsbureau Curt Wigan

Wie schon der Titel vermuten läßt, liegt eine temperamentvo
rung gegen *Moebius* vor. Man hat vielen Schriftstellern vorgewo
Studien über „das Weib" liege ein minderwertiges Material zugru
selbe Vorwurf kann der Verf. nicht erspart bleiben. Ihre Studie
Liebe „des Mannes" muß sie an ganz sonderbaren Exemplare
haben. Sie schreibt z. B. S. 152: „Der zivilisierte Mann sucht
das er irgendwo sieht, wenn es ihm d. h. seiner Sinnenlust gef
Lüsten dienstbar zu machen. auch wenn es seine Belästigungen
abgewiesen hat", S. 153: „Es ist in den anständigen Weiberkreise

Verpflichtung", sich für verpflichtet hält, noch mindestens ein
ches Verhältnis aus „christlicher Nächstenliebe" zu pflegen, daß er
hier und da einer fliegenden Venuspriesterin, die ihm gerade über
gelaufen ist und sein wetterwendisches Interesse erregt hat, seine
Gunst schenkt, nicht gerechnet all das Treiben, welches er sich
und Ausflügen erlaubt, die er natürlich aus „Geschäfts- und Ge-
icksichten" unternehmen muß" und S. 156: „Der moderne Mann
umpft, daß er die geistige Liebe für ein Ding der Unmöglichkeit
nz zutreffend ist dieses Bild „des Mannes" doch wohl nicht. Von
schaftlichen Medizin hält die Verf. nicht viel. Trotzdem wünscht
ie Frauen Medizin studieren sollen. Das Impfen ist nach ihrer
eine zum Himmel schreiende Vergiftung".

Sul modo d' esaminare un alienato. Bullettino delle
nce Mediche di Bologna. Ser. 8. Vol. 4. Juni.

mmenfassende Anleitung, den Geisteszustand eines Kranken zu
n. Von der körperlichen Untersuchung wird erklärt, sie unterscheide
von der Untersuchung körperlich Kranker.

, A. R. H., Krankheit, Begabung, Verbrechen, ihre Ur-
en und ihre Beziehungen zueinander. Berlin, Gnaden-
& Co. 8°. 402 S.

ann steht ganz auf dem Boden der Phrenologie *Galls.* Die
e" des Gehirnes werden durch die Ansammlung der Krankheits-
nfluβt. „Alle abnormen Leistungen des Gehirns, die erleuchtenden
Genies sowohl als auch die finsteren Taten des Verbrechers, sind
durch Energieabgabe aus abgelagerten Krankheitsprodukten, die
er Nähe verschiedener und verschieden stark entwickelter Gehirn-
ter Beihilfe des übermäßig herangezogenen und andrängenden Blutes,
zerlegen."

Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin. 3. Band.
nkheiten des Nervensystems (mit Einschluß der Psychosen).
nkheiten der Bewegungsorgane. Zweite, vollständig um-
rbeitete Auflage. Stuttgart, Enke. 923 S.

pezielle Psychiatrie ist von *Mendel* bearbeitet und umfaßt 141 Seiten,
heiten des Gehirns einschließlich des verlängerten Markes von *Ziehen,*
heiten des Rückenmarkes von *Obersteiner* und *Redlich*, die Erkran-
n Bereiche der peripheren Nerven von *Edinger*, die allgemeinen

Brester, Wie beginnen Geisteskrankheiten? Halle a. S.
hold. 56 S. 1 M.

Die Neurasthenie geht selten in Geistesstörung über. Dag die nervöse Erschöpfung, die scharf von der Neurasthenie zu unt ist, häufig zu Geisteskrankheit. Am häufigsten sind die Erschöpfung bei den Ehefrauen der ärmeren Volksklassen. Jede Geisteskrankh mit körperlichen, speziell nervösen Symptomen, und keine Geiste beginnt mit krankhaft heiterer Stimmung. Häufig läßt sich der der Krankheit durch frühzeitige Behandlung verhindern. Es i dringend notwendig, daß Nervenheilstätten für Unbemittelte in grö gegründet werden.

Gelpke, Kulturschäden oder die Zunahme der Nerven- und krankheiten. Gemeinverständliche Hygiene des Nerv Basel, Benno Schwabe. 80 S. 1,60 M.

Gelpkes Preisschrift des Vereins Schweizer Irrenärzte lehr verständlichen, sehr anschaulichen Worten die Gefahren, die da Kulturleben dem Nervensystem bringt, kennen und vermeiden.

Drenkhahn, Die Nervosität in früheren Jahrhunderten unserer Zeit. Vortrag, gehalten in der Philomathie am 30. März 1905. München, Seitz & Schauer. 5

In volkstümlicher Weise wird über die Nachrichten von Ner Geistesstörung aus dem Altertum, von den Kinderkreuzzügen, de und anderen psychischen Epidemien des Mittelalters und über die verbreiteter Ansicht zunehmende Häufigkeit der Nervosität in d berichtet.

Fisher, E. D. and *Brooks, H.*, Arteriosclerosis in its re diseases of the nervous system. The journ. of nerv disease. May.

Fisher erörtert die auf Arteriosklerose beruhenden Erkrankun seits mit zu großer Sicherheit, denn der Ursprung in den Gefä Dementia paralytica, Tabes, multiple Sklerose doch noch bestritte seits nicht vollständig. Er empfiehlt Jodkali und auch in nichtsyp Fällen Hydr. bijodat. *Brooks* bespricht die Pathologie des Proze von neuen Gesichtspunkten aus, bringt aber die interessante K geschichte eines Falles von Arteriitis bei *Lyssa*. Sie fand sich schließlich in den feinsten Gefäßen und vorzugsweise in der Medu

H., Soul paralysis. The journ. of nerv. & ment. disease. ch.

Symptome des Falles, die vier Wochen nach einem apoplektischen e Bewußtseinsverlust bei einer 47jährigen Frau beobachtet wurden, r dem *Brunns*chen Falle von Seelenlähmung ähnlich, doch fehlte ie. Der anfangs die rechte Hälfte betreffende Ausfall beschränkte in der Hauptsache auf den rechten Arm, der freiwillig und auf ht bewegt werden konnte. Die Kranke konnte aber mit Fingern ausgiebige Bewegungen nachmachen, die ihr deutlich und wieder- zeigt wurden. Später war sie imstande, den Arm spontan zu heben, n und zu beugen, Hand und Finger konnte sie nur in der Form der ng bewegen, sie benutzte auch am Schluß der Beobachtung die Ex- nsicher, ungern und nur mit Willensanstrengung. Es bestand Asterio- rlust des Temperatur-, Muskel- und Lagesinns, Ataxie, Agraphie und e. Das rechte Bein zeigte die gleichen Sensibilitätsstörungen wie der nte aber spontan, wenn auch nicht zum Stehen und Gehen, benutzt päter war Gehen möglich, aber unsicher. *H.* erörtert das Wesen lähmung bei gleichzeitiger Möglichkeit, gesehene Bewegungen nach- an einem Schema und zieht zur Erklärung des Ausfalls der Asso- zwischen sensorischen Bahnen und den höchsten (Bewußtseins-) re Ausbildung im kindlichen Gehirn heran. *Matusch.*

W. G., The importance in clinical diagnosis of paralysis associated movements of the eyeballs (Blicklähmung) ecially of upward and downward associated movements. journ. of nerv. & ment. disease. July.

ernde Lähmung der assoziierten lateralen Bewegung zeigt eine Läsion ren Längsbündels an, dauernde assoziierte Blicklähmung nach oben n Läsion in der Nachbarschaft des Okulomotoriuskernes, beides cht durch Lähmung extracerebraler Nerven zustande. Corticale können assoziierte seitliche Lähmung verursachen, vielleicht auch ung nach oben und unten, aber nur vorübergehend, falls nicht etwa n beiderseitig ist. Assoziierte Blicklähmung kann auf Hysterie be- Fo das Symptom bei organischen Hirnerkrankungen erscheint, ist wegen des Sitzes nicht operierbar, es kann bei entzündlichen oder irkenden Läsionen (Syphilis, Alkohol) vorkommen wie bei Tumoren späteren Verlauf der Krankheit wieder verschwinden. Syphilitische tis und Zellinfiltration ist in allen Fällen von assoziierter Blick- für die Diagnose der Läsion in Betracht zu ziehen. Eine Anzahl beobachteter Fälle beschließt die Arbeit.

Digitized by Google

Chase, R. H., Delusions of the insane. The journ. & ment. disease. July.

Was Verf. über die Entstehung der Wahnvorstellungen aus des Gemeingefühls entwickelt, ist längt präziser gesagt. Bestreitbar Behauptung, daß die Wahnvorstellung nicht wechselt, sondern Äußerungsform.

Wherry, J. W., Is delusional insanity due to disease of th The Alienist & Neurologist. February.

Unter delusional insanity versteht *W.* alle Formen von Psych ohne organischen Gehirnbefund verlaufen: Manie, Melancholie, depressives Irresein und Paranoia. Für diese Formen gilt ihm al „der abnorme Gefühlston, der aus Organempfindungen entsteht", nicht Gehirnkrankheiten, sondern psychische Äußerung körperlicher und deshalb, im Gegensatz zu den cerebralen Psychosen, heilbar.

Rich, H., A case of unusual sexual precocity. The & Neurologist. Novembre.

Ein noch nicht vier Jahre alter gut entwickelter Knabe, M mit Zuständen, die Verdacht auf petit mal erwecken, spricht un sexuell wie ein depravierter Erwachsener. Es fehlt, wie so oft Fällen, nicht die unverheiratete Tante als Objekt der sexuellen An

6. Spezielle Pathologie und Therapie

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

Bischoff, E., Über familiäre Geisteskrankheit. Jahrbuch chiatrie und Neurologie. Bd. 26. 1906.

Es handelt sich um zwei Familien; in beiden besteht keine ausge Erblichkeit; bei den in beiden Familien Erkrankten könnte auch ev. Induktion keine Rede sein.

In der ersten Familie starben von den Kindern zwei im erste jahr an Krämpfen; von den übrigen fünf Kindern ist eins gesund, vie sich in der Irrenanstalt. Davon leiden zwei an Dementia praecox Melancholie, eins an angeborenem Schwachsinn. Alle vier Kind Struma.

Digitized by Google

den Kindern der zweiten Familie erkrankten vier psychisch, und Verblödungsprozessen, zwei davon in leichterer Form.

m., Folie gémellaire. Revue bohême de Neurol., Psychiatr. le la thérapie physicale et diététique. 1904. Prague.

beiden Zwillingsschwestern, erblich nicht belastet, erkrankten psychisch, im 20. Lebensjahr an Manie, die andere im 22. Lebensjahr an e, beide unabhängig voneinander. Beide genasen wieder.

, Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Bornyval. izinische Klinik. 1905. Nr. 7.

n, J., Weitere Erfahrungen über die klinische Verwend- keit des Bornyval. Österreichische Ärzte-Zeitung. 1905. 9.

, *G.*, Zur Behandlung der Hysterie mit Bornyval. Deutsche izinal-Zeitung. 1905. Nr. 20.

l, K., Bornyval und seine Verwendung in der ärztlichen kis. Allgem. med. Zentral-Zeitung. 1905. Nr. 23.

i, L., Ricerche cliniche sul Bornyval come sedativo e tico. Riforma Medica. 1905. Nr. 26.

sprechen sich durchweg günstig aus über den Wert des Bornyval; nwirkungen werden kaum beobachtet; *Bianchini* lobt es namentlich ie, manisch-depressivem Irresein, Herzneurose und Epilepsie. Es ar nicht die Frequenz der Krampfanfälle, wirkt aber sehr prompt rregungszuständen der Epileptiker.

M., Beitrag zur Symptomatologie der Chorea chronica rressiva. Zentralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie. 5. Nr. 122.

Fall von *Huntington*scher Chorea ohne erbliche Belastung, doch die Tochter der jetzt 50jährigen Kranken bereits an derselben Interessant ist der Fall durch eine bestehende rechtsseitige e. Die Sprache ist völlig aufgehoben, die gesamte Muskulatur des nsapparates ist erkrankt.

Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins. de Janeiro. 1905.

Digitized by Google

vorliegende erste Heft des von *Juliano Moreira* und *Afranio Peixoto*

während des epileptischen Anfalls. Auch beginnt hier die Übersel
Kapitel Paranoia des *Kraepelin*schen Handbuches.

Kutner, R., Über den diagnostischen Wert der Lumbalp
für die Psychiatrie. Monatsschrift für Psychiatrie und
1905. Dezember

Die Erfahrungen mit der Lumbalpunktion im städtischen Irre
Breslau führen *K.* zu dem Schlusse, daß der Eingriff nicht immer gan
ist; es treten unter Umständen danach recht schwere Erscheinu
Man soll daher die Punktion nur selten ausführen und sie auf die
schränken, wo trotz langer Beobachtung eine Differentialdiagnose,
gegenüber der Paralyse, nicht gestellt werden kann, oder wo äußer
nisse zu einer raschen Entscheidung drängen. Bei einer großen A
punktierten Kranken fand sich in der Woche der Punktion eine
abnahme von 1/2—3 kg.

Cramer und *Többen*, Beiträge zur Pathogenese der Cho
der akuten infektiösen Prozesse des Zentralnerven
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurol. 1905. Dez

Zwei Fälle von Chorea. Beim ersten, in Genesung übergehe
fanden sich Staphylokokken im Blut. Beim zweiten intra vitam
und post mortem im Blute, Gehirn und Peritonäalflüssigkeit Strep

Fischer, E. und *von Mering*, Über Proponal, ein Homol
Veronal. Medizinische Klinik. 1905. Nr. 52.

Das Proponal (Dipropylkarbitursäure) ist mit Veronal verv
löst sich in ungefähr 70 Teilen kochenden Wassers. Die Versuch
facher Schlaflosigkeit in 20 Fällen fielen recht gut aus; nach I
0,15—0,5 trat nach 15—40 Minuten Schlaf ein, der 6—9 Stunde
Keine Nebenwirkungen. Auch wo die Schlaflosigkeit durch Schmerz
ist, half das Mittel. Es wird am besten in Pulverform genommen.

Blake, Edward, General Antisepsis in the Treatment o
psychosis. The Journal of Mental sc. 1905. July.

Ein Fall von Katatonie und ein Fall von Manie bei Epilep
nach monatelanger Dauer, heilen nach Entfernung von Hautauss
namentlich Cervikalgeschwüren. *B.* rät dringend bei allen Geist
um eine Selbstinfektion zu vermeiden, alles was an äußerer Haut
häuten, Darm, Urogenitalkanal nicht normal ist, zu entfernen.

Digitized by Google

er, M., A note on Veronal as an Hypnotic and Sedative Mental Affections. The Journal of Mental sc. 1905. uary.

t sehr begeistert für das Veronal, namentlich bei Melancholie, auch m tremens, bei Manie mit motorischer Unruhe usw. Keine üblen heinungen. In einem Fall trat ein roseolaartiger Ausschlag auf d Brust auf.

Iental Disease with Exophtholmic Goitre. The Journal Iental sc. 1905. January.

ringt fünf Fälle bei. Es handelt sich in allen mehr oder weniger e Melancholie, mit meist sehr heftigen Sinnestäuschungen. Schluß Bei der Therapie Suprarenal-Extrakt.

hey, Adolescent Insanity: A Protest against the Use of Term „Dementia praecox". The Journal of mental sc. . April.

verfügt über 192 Fälle, deren Beginn in 18,3 % unter dem 20. % bis zum 25. und in 47,3 % bis zum 30. Jahr stattfand. Erb- in den Fällen der ersten Periode meist vorhanden, selten in der Verf. ist gegen die Benennung *Kraepelins*. Er schlägt Adolescent or mit folgenden Gruppen: simple, delusional, Katatonie. 53,1 % n ganzen, bei type simple 75,8, delusional 47,6 und 36,9 % in Von 28 Todesfällen fielen 23 auf Lungenleiden, darunter 18 e. 15 Todesfälle fielen auf die katatonische, 10 auf die delusionale Von besonderer Therapie will *M.* nichts gesehen haben. Dringend ßer Gebrauch der frischen Luft. Bettruhe nur bei den akuten gen. Die Sektionen ergaben nichts von seiten des Gehirns.

H., Die physiologische und pathologische Schlaftrunkenheit. iv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 40.

.

Anführung von 19 Krankengeschichten teilt *G.* die hierher gehistik in vier Gruppen: Die physiologische und affektive Schlaf-, die Traumtrunkenheit und die alkoholische Schlaftrunkenheit. Gruppe stellt den Übergang zur krankhaften Schlaftrunkenheit dar. Gruppe ist bereits entschieden krankhaft. Es handelt sich dabei der weniger belastete Individuen mit dauernder gemütlicher Reiz- habitueller Neigung zu schreckhaft ängstlichen Träumen. Während

oder nahezu gleichzeitig zurückkehren, finden wir in der Schla
eine deutliche Störung dieses Vorganges, bald kehrt die Besonne
zurück als die Aktionsfähigkeit, bald umgekehrt.

Frenkel-Heiden, Zur Kenntnis der Psychosen nach
Monatsschrift für Psychiatrie und Nervenkrankheit
November.

Nur Erysipel des Kopfes und Gesichtes scheint Psychosen he
wenigstens bringt die Literatur keine Beispiele, daß Erysipel ande
stellen die Ursache sein kann. Die durch das Erysipel verursac
der Zirkulation und des vasomotorische Gleichgewichts scheint di
zu verursachen. Die von *Fr.* beigebrachten vier Krankengeschicht
zur Gruppe der akuten halluzinatorischen Paranoia oder Amentia.
Verwirrtheit, Halluzinationen, Wahnideen, motorischer Drang usw.

Fuhrmann, M., Über akute juvenile Verblödung. A
Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 40. 1905.

F. gibt hier drei Krankenberichte, die man heute zur
Dementia praecox paranoides rechnen müßte. Die Krankheit tri
das Initialstadium gleicht dem Delirium tremens oder der akuten
der Trinker. Die Kranken selbst haben nicht getrunken, wohl aber
Es fehlen im weiteren die Manieren und Stereotypien, die hypoc
Wahnideen, die katatonischen Symptome usw. Die Kranken verb
alkoholische Gepräge schiebt *F.* auf die Trunksucht der Eltern.
die Bezeichnung: Akute juvenile Verblödung vor.

Pollitz, Einzelhaft und Geistesstörung. Ärztliche Sachver
Zeitung. 1905. Nr. 22.

Unter 100 Geisteskranken, die der Irrenabteilung in Münster
wurden, waren 64, die ihre Strafe in Einzelhaft verbüßt hatten
waren aber nur acht bis neun, wo Auftreten, Verlauf und Form
heit mit einiger Berechtigung mit dem Strafvollzug in Konnex ge
der Einzelhaft ein gewisser Anteil am Ausbruche der Krankheit zu
werden durfte. Die meisten derartigen Kranken sind erblich b
abnorm. *P.* spricht sich gegen Deportation aus.

Podestà, Häufigkeit und Ursachen seelischer Erkrankung
deutschen Marine unter Vergleich mit der Stat
Armee. Archiv für Psychiatrie und Nervenkra
Bd. 40. 1905.

Digitized by Google

Verf. macht unter Beibringung eines großen Materials auf
Unterschiede aufmerksam, welche zwischen Marine und Heer in

ne Dinge bestehen. Der auf dem Lande befindliche Marineteil schon mehr den Verhältnissen der Armee. In betreff der Einzel- hier nur auf die Arbeit selbst verwiesen werden. Während z. B. bei der Armee häufiger im Anfang der Dienstzeit vorkommen, man sie bei der Marine noch in späterer Zeit. Beide Wehr- leichen sich darin. daß es sich in der großen Mehrzahl der Fälle wachsinnszustände der verschiedensten Art handelt.

sky, M., Seekrankheit als Ursache akuter Geistesstörung. alblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Nov. 1905.

jährige Kranke hatte einen heftigen Anfall von Seekrankheit anschließend eine akute halluzinatorische Verwirrtheit, die im Monaten ganz allmählich in typischer Weise abklang.

ber Trichophytie und andere Nebenwirkungen der Dauer- . Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift. 1905. Nr. 31.

ebte drei Todesfälle in unmittelbarem Anschluß an Dauerbäder. men Klagen über quälendes Brennen der Handflächen und Fuß- tritt in einzelnen Fällen Decubitus auf, chronische Mittelohreite- den stärker, ebenso Furunkulosis. Ausführlicher schildert dann emisches Auftreten des Trichophytonpilzes, ca. 150 Männer waren e Krankheit trat in den verschiedensten Formen auf.

R., Tod durch gehäufte Krampfanfälle bei Katatonie. iatr.-Neurol. Wochenschr. 1905. Nr. 24 u. 25.

ndelt sich um eine 32jährige Person, die nach mehrjährigem n den letzten Lebenstagen weit über 100 epileptiforme Krampf- mit clonisch-tonischen allgemeinen Muskelkrämpfen, lichtstarren len, Bewußtlosigkeit usw. Nach zwei Tagen Exitus letalis.

R., Über perkutane Wirkung eines Schlafmittels (Isopral), h. Mediz. Wochenschr. 1905. Nr. 20.

chte seine Versuche mit einer Lösung von Isopral 30, Ol. Ricini, āā 10. Er ließ 1—5 g des Präparates auf den Oberarm oder den l einreiben. Dosen unter 2—3 g hatten keine Wirkung. Über icht gestiegen. Die Versuche wurden an 38 Personen, meistens macht. In einem Drittel der Fälle trat deutliche sedative oder Wirkung ein, in einem weiteren Drittel war der Erfolg wenig en, beim Rest war der Erfolg negativ. Üble Nebenwirkungen

Wassermeyer, Beitrag zur Wirkung des Schlafmittels Isop
klin. Wochenschr. 1905. Nr. 37.

Nach seinen Versuchen in der *Siemerling*schen Klinik ko
dem Schluß, daß das Isopral sehr wohl neben den schon bekan
mitteln Beachtung verdient; es stehe dem Veronal in gleicher
nach, dem Trional zum mindesten gleich. Keine üblen Nebenwi

Weifenbach, Über Neuronal und seine Brauchbarkeit in
anstalt. Zentralblatt für Nervenheilkunde und P
Februar 1905.

Nach den Versuchen in der Landesirrenanstalt Philipps
das Neuronal in Dosen von 1—2 g ein recht brauchbares Hyp
einfacher Schlaflosigkeit und bei Erregungszuständen Geisteskra
als Sedativum tut es recht gute Dienste. Doch tritt ziemlich
wöhnung ein. Das Mittel steht im übrigen nicht höher als an
gungsmittel, namentlich Trional und Veronal.

Klieneberger, L., Über Veronal. Münch. Mediz. W
1905. Nr. 32.

Verf. rät Veronal 0,25 zu geben, etwa dreimal täglich; die
besser als bei 0,5. Nach größeren Dosen fand er häufig Gli
Schlafsucht und Benommenheit. Er teilt dann einen Fall von
giftung mit. Das betr. Mädchen erhielt 0,5 g. Danach trat Er
Doppeltsehen, Müdigkeit, Schwindel, taumeliger Gang, träge Pupi
lallende Sprache.

Weber, W., Über posttraumatische Psychosen. Deutsc
Wochenschr. 1905. Nr. 30.

Fünf kurze Krankenberichte. Streng wissenschaftlich läßt
griff einer traumatischen Psychose als ein ätiologisch, in Sym
Verlauf einheitliches und fest bestimmtes Krankheitsbild nicht
halten, — doch zeigt die praktische Erfahrung, daß für eine Reih
traumatischen Geistesstörungen ein enger ätiologischer Zus
zwischen Trauma und Psychose angenommen werden darf. Hier
die nach Trauma eintretenden und foudroyant verlaufenden Par
funktionellen Psychosen ist ein ursächlicher Zusammenhang mit
namentlich dann anzunehmen, wenn sie neben den ihm so
Symptomen die Erscheinungen der Depression und Angst, der
und motorischen Hemmung oder der katatonen Bewegungsstörunge
Die Psychose muß entweder bald nach dem Trauma eintreten

st, mit ihm zusammenhängen. Häufig entwickelt sich die post-
e Psychose auf dem Boden einer durch Belastung oder früheren
herabgesetzten Widerstandsfähigkeit.

J., Zur Psychopathologie der sexuellen Perversionen.
v für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1905. Bd. 40.
ndelt sich um eine Mischform von ideellem Masochismus mit
— Sadismus ist eine krankhafte Übertreibung des männlichen
der Masochismus übertreibt weibliche Charakterzüge. Bei beiden
nerz das Wesentliche.

, Über Kleinhirnzysten. Deutsche Mediz. Wochenschr.
. Nr. 28.
Fälle von Kleinhirnzysten, wo mit Hilfe der Hirnpunktionen früh-
nd Sitz des Leidens festgestellt werden konnte. Nach Operation
lige Heilung.

., Über Leitungsaphasie. Monatsschr. für Psychiatr. u.
ol. Juniheft 1905.
ausfürliche Besprechung eines Falles von Leitungsaphasie im
Wernicke.

vsky, M., Fall von Ponsherd. Monatsschr. für Psychiatr.
eurol. Juniheft 1905.
nem 84jährigen Manne bildet sich allmählich ohne Bewußtseinsverlust
ɛn drei Lebensmonaten eine totale rechtsseitige Hemiplegie, ohne
litätsstörungen, auch der stereoskopische Sinn blieb intakt. Reflexe
Bei der Sektion fand sich ein Erweichungsherd, der etwa das
ittel der orocaudalen Ausdehnung der Pars basil. pontis einnahm
esamten Pedunculus cerebri bzw. die gesamte die Pars basil.
chziehende Längsfasermasse einschließlich der Pyramiden zer-

Über periodische Paranoia und die Entstehung der
noischen Wahnideen. Archiv für Psych. Bd. 40. 1905.
gibt einige sehr interessante Krankengeschichten, in denen ohne
sche oder maniakalische Gefühlsstörungen, ohne Halluzinationen
nen, nach länger dauernden neurasthenischen Beschwerden syste-
Wahnideen auftreten, Beziehungs-, Verfolgungs- resp. Eifersuchts-

Analyse kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. keiner der beiden Gruppen anschließen, die über die Entstehung bildung in der Paranoia sich heute bekämpfen. „Es wird in wohl in der Mittellinie das Richtige zu suchen sein."

Raebiger, A., Zur Kasuistik der Nervenkrankheiten trischem Trauma. Deutsche Mediz. Wochenschr. 19

Vier Krankengeschichten, Mischformen von Hysterie, Hypochondrie und einfachen Psychosen. Eine wesentliche Besser selten ein.

Higier, H., Zur Wirkung des Hyoscins in der ne psychiatrischen Praxis. Neurolog. Zentralblatt. 19

H. ist sehr zufrieden mit der sedativen Wirkung des Paralysis agitans, *Parquinson*schem Schütteltremor, Chorea. Bei chron. und Dipsomanie sah er keine Wirkung, mehr bei Morphi prophylaktische Verabreichen von Hyoscin bei periodischer Manie depressivem Irrsinn blieb ohne Erfolg, gut wirkte es bei schw von fortwährender maniakalischer Exaltation. *H.* rät zu kleinen größeren Dosen sah er häufig unangenehme Nebenwirkungen. Ko ist das Mittel bei jungen Kindern und bei Erkrankungen des Gefäßsystems.

Steiner, G., Zur Ätiologie der Dementia praecox. Psy Wochenschr. 1905. Nr. 8.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß man nicht so selten b praecox in der Anamnese luetische Affektionen nachweisen ka unter 25 Fällen von Dementia praecox viermal Lues nachgewiese treffenden Krankengeschichten fügt er bei.

Weygandt, Beitrag zur Lehre von den psychischen Halle a. S., Verlag von C. Marhold. 1905. 102

W. gibt eine ausführliche Schilderung der Epidemien in T Jahre 1902 und in Strahlungen 1895 mit sehr interessanten psy Erörterungen. Er ist der Meinung, daß die reine psychische In selten ist, — denn er rechnet nur die Fälle dahin, wo die Frag Kranke B ohne den Einfluß des Kranken A zweifellos gei geblieben, — bejaht wird. Viel bedeutsamer ist der von ein kranken ausgehende psychopathologische Einfluß auf geistig Ges daß dann diese gerade geisteskrank im klinischen Sinne werden

ibt es zahlreiche solche Personen, die nicht direkt erkranken, aber
ne Züge der Geisteskranken annehmen, von denen sie unter ruhigen
durchaus verschont geblieben wären.

s et *Juquelier,* Délire de persécution à trois. Journ.
sychol. norm. et pathol. 1905.

ndelt sich um Eltern und Tochter. Die Krankheit entsteht zu-
willensschwachen Vater, geht dann über auf die Mutter, welche
das Regiment führt, die dann auch den weiteren Ausbau der
bernimmt und schließlich, um ihren Verfolgern zu entgehen, durch
endigt. Die 18jährige Tochter, bisher geistig frisch und gesund,
die Krankheit der Eltern, bringt ihrerseits neue Wahnideen bei,
sich schließlich 18 Monate ins elterliche Haus ein. — Nach dem
Mutter Überführung der Tochter ins Irrenhaus, wo es ihr allmäh-
geht.

g, La détresse des Psychasthéniques. Journ. de Psychol.
et pathol. 1905.

cht auf das unmotivierte, krankhafte Gefühl der gänzlichen Ver-
nfmerksam, das sich mit Vorliebe bei Leuten der Großstadt findet,
von Überreizung durch Genüsse aller Art nervös und psychisch
öpft sind, die dann zu jedem energischen Schritt und Sichauf-
ig, untätig jammernd daliegen, über große Verlassenheit klagen,
e suchen und dergleichen. Das Gefühl findet sich in gleicher
Schiffbrüchigen, die ohne Mast und Steuer auf weitem Meere
rtreiben. Es findet sich bei Melancholie und anderen ähnlichen
nicht. Diese Détresse schwindet erst nach Heilung der übrigen
rvösen Krankheitszustände.

t *Alignot,* Cas d'amnésie rétro-antérograde consecutive
pendaison. Journ. de Psychol. norm. et pathol. 1905.

9jährige Kranke erhängt sich nach dem Mittagessen, wird ab-
hat Krämpfe, dann ein Koma bis zum folgenden Tag. Die
streckt sich dann zurück bis zur Einladung zum Essen; einige
n waren geblieben. Die ganze Erinnerung kehrte auch später
r. Auffallend war in dem Fall, daß auch für die Zeit nach dem
Erinnerung lückenhaft blieb, wenigstens monatelang, solange der
htet wurde. Gewisse Sachen konnte Patient nicht behalten, so
r bereits eine Eingabe gemacht, daß er dem Nebenpavillon seinen

Bielschowsky, C., Erfahrungen über die Anwendung des
Münch. Mediz. Wochenschr. Nr. 15. 1905.

Bl. ist mit der hypnotischen Wirkung des Neuronals im
frieden, als Sedativum ist seine Wirkung unsicherer. Gute Erf
auch bei Chorea minor und posthemiplegischer Chorea. Üble Nebe
hat er nicht gesehen.

Bresler, Neuronal. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905
und 18.

B. bezeichnet das Neuronal als ein sehr brauchbares Hypnoti
lative Eigenschaft kommt ihm nicht zu.

Mohr, Fr., Zur Behandlung der Aphasie, mit besonder
sichtigung des Agrammatismus. Archiv für Psych.
Bd. 39. 1905.

M. weist mit Recht darauf hin, daß über dem Studium de
des Sitzes usw. der Aphasie, man bisher keine Zeit gefunden h
handlung der Krankheit sich zu widmen. Auf die ausführliche
*Mohr*s kann hier nicht näher eingegangen werden. Wie er sell
die Aufgabe meist eine recht schwere, doch, systematisch durchg
dankbare.

Schmaltz, Über familiären Tremor. Münch. Medizin. W
Nr. 14. 1905.

Sch. berichtet hier ausführlich über drei Familien mit Tremo
In der ersten Familie fand er in vier Generationen 13 Zitterer, in
in zwei Generationen vier und in der dritten zitterten drei Ko
selben Generation.

Flatau, G., Über die Rückbildung der Stauungspapille
tumor. Münch. Medizin. Wochenschr. Nr. 14. 19

Es handelt sich um ein 16jähriges Mädchen mit Kleinhirntu
seits exzessive Stauungspapille mit Blutungen und Exsudation.
achtete die Kranke ungefähr ein Jahr. Unter lange fortgesetzter
behandlung und bei siebenmal wiederholter Lumbalpunktion
die Stauungspapille eine zeitlang völlig zurück. Dabei schwan
gemeinen Beschwerden so erheblich, daß Patientin monatelang
frei war. Die Sektion ergab einen Tumor in der linken Kleinhirn

, M., Tabes dorsalis und Psychose. Monatsschrift für
ch. u. Neurologie. XVII. Ergänzungsheft, 1905.

dem 33jährigen Manne traten etwa drei Monate nach Auftreten der
ischen Symptome die psychischen Störungen auf. Dieselben be-
n Erregtheit, Desorientiertheit und Halluzinationen, die einige
nhielten, und dann alle drei bis vier Wochen wiederkehrten. Es
hnervenatrophie. — Es gibt keine tabische Psychose. Meist findet
n funktionellen Psychosen in Verbindung mit Tabes Halluzinationen,
Ursprung entweder in der Sehnervenatrophie oder in den Sen-
er Tabiker haben.

.., Klinischer Beitrag zur Lehre von der Dementia praecox
epelin. Monatsschrift für Psych. u. Neurol. Bd. XVII,
änzungsheft. 1905.

verden 24 Krankengeschichten vorgeführt mit der außerhalb der
stellten Diagnose, — wo sich später herausstellte, daß es sich um
praecox gehandelt hatte. In 52% der Fälle bestand erbliche Be-
8% hatten schlecht gelernt, 40% wurden als gute oder sehr gute
zeichnet. 28% waren von Jugend auf still und verschlossen.

., *S.*, Traumatische Neurose und Sprachstörung. Monats-
ift für Psychiat. und Neurol. Bd. XVII, Ergänzungsheft.
5.

30jährige Kranke fiel auf den Kopf mit nachfolgender Bewußtlosig-
Anschluß daran allerlei subjektive Beschwerden von seiten des
lgemeine Abmagerung. Objektiv nichts nachweisbar. Die Be-
dauern fort. Etwa drei Jahre nach dem Unfall, nach einer mit
chgefochtenen Rentenklage, wird eine Sprachstörung konstatiert in
Stotterns, die seit einem halben Jahre besteht und höchst wahr-
hysterischer Natur ist. Simulation ist ausgeschlossen.

Ein Fall von Cysticercus racemosus des Gehirns und
kenmarkes. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905. Nr. 52.

55jährige Mann litt seit drei Jahren an heftigen Kopfschmerzen,
zwei Jahren an Schwindel, daß er schließlich nicht mehr gehen
lerkfähigkeit, Erinnerungsvermögen und Sehkraft nahmen ab, daß
ch hell und dunkel unterscheiden konnte. Sehr bald Ohnmachts-
äter epileptische Anfälle, welche oft auf die linke Körperhälfte
blieben. Keine Charakterveränderung, Tod etwa drei Jahre nach
s Leidens. Bei der Sektion fanden sich Cysticercusblasen in der
ea der Hirnbasis und des Rückenmarkes. Eine Blase saß über dem
ery opticorum.

Digitized by Google

Alter, W., Zur Kasuistik über das Veronal. Münch
Wochenschr. 1905. Nr. 11.

Ein 31jähriger tuberkulöser Paranoiker klagt nach 1 g Ve
Kopfweh, Übelkeit, neuralgische Beschwerden und unbehagliche
Später Hämoptyse. — Eine ältere Epileptika hat nach 1 g
Atem, ähnlich dem *Cheyne-Stokes*schen Typus, lichtstarre Pupille
reflex kaum angedeutet, kein Gaumen- und Patellarreflex, kei
Dabei sehr hohe Temperaturen, schlaffe Extremitäten. Nach
Exitus letalis. Im dritten Fall handelt es sich um eine 60jähr
nervöse Frau mit Arteriosklerose und Schrumpfniere. Nach 1 g
rectum zweistündiger Schlaf Danach starke Kopfschmerzen, Übe
klopfen, stürmische Kongestionen, unregelmäßiger Puls, kalte E
Reflexe nicht geändert. Dabei Sehen von Mäusen, Fliegen u
kleinen Tiere. Nach einigen Stunden Schwinden der Symptome.

L'Hoest, L., Über Veronal. Die Heilkunde. August 1

Verf. sah bei Geisteskranken in 90% der Fälle Erfolg na
Keine üblen Nebenwirkungen.

Rottenstein, S., Ein schwerer Fall von Tetanus. Münch
Wochenschr. 1905. Nr. 3.

Bei dem 13jährigen Mädchen trat zehn Tage nach einer obe
Verletzung bei Gartenarbeit ein schwerer Tetanus auf, der durc
nicht beeinflußt wurde. Sehr große Dosen von Narcoticis, nam
Chloral, führten schließlich zur Heilung.

Maas, K., Ein Fall von Lyssa humana. Münch. Medizin.
schrift. 1905. Nr. 3.

Bei dem sechsjährigen Kinde trat drei Wochen nach einem
den Hundebiß die Lyssa auf und führte innerhalb dreier Tage
Die Sektion ergab im Rückenmark zellige Infiltration. In der g
stanz Nervenzellendegeneration. Die Oblongata lebhaft infiltri
Basalganglien zeigen im wesentlichen nur Zellinfiltration; Gangli
und coeliacum verschiedene Arten von Nervenzellendegeneration.

Weyrauch, W., Über Chorea chronica progressiva. M
dizin. Wochenschr. 1905. Nr. 6.

Verf. beschreibt eine ausgesprochene Choreafamilie. In d
ander folgenden Generationen sind nicht weniger als acht oder
geprägte Fälle von Chorea. Bei allen soll eine meist beträchtlic
schwäche bestanden haben. Das Leiden trat zwischen dem 30. und
jahre auf.

Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Archiv für Psych. u. Neurol. d 39. 1905.

der Hand der Krankengeschichte eines 46jährigen höheren Justiz- der erst lange Zeit hypochondrisch-melancholisch war, ausgesprochene und Versündigungsideen, dann aber ausgesprochene Verfolgungs- enideen äußerte, kommt *S.* zu dem Schlusse, daß melancholische noische Erkrankungen total differente psychotische Prozesse ohne und ohne Berührungen sind. Der Begriff der sekundären Paranoia falsches Kunstprodukt der Reflexion dar.

Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. Archiv Psych. u. Neurol. Band 39. 1905.

r Beibringung von fünf Krankengeschichten beweist *R.*, daß es ische Alkoholparanoia gibt, die sich auf dem Boden des chronischen aus entwickelt, entweder primär oder im direkten Anschluß an ein remens, resp. an einen akuten halluzinatorischen Wahnsinn. Diese Alkoholparanoia unterscheidet sich klinisch von der klassischen eit lediglich durch einzelne unwesentliche Züge, die auf den zugrunde Alkoholismus zurückzuführen sind. Die Prognose ist infaust, auch Abstinenz. Eigentliche Verblödung tritt nicht auf. Die chronische anoia ist strenge abzutrennen von den transitorischen paranoiden n und von den terminalen Schwächezuständen im Sinne *Kraepelins*.

er, W., Über pseudomelancholische Zustände. Monatsschrift für Psych. u. Neurol. Februar 1905.

enkt hier, unter Beibringung von acht Krankengeschichten, die Auf- eit auf mehr oder weniger lange melancholische Stadien, die einer sychose vorausgehen oder auch nachfolgen können. Im besonderen ine Beispiele aus dem Gebiete der Paranoia.

, *G.*, Über einen Fall von Sklerosis tuberosa hpyertrophica. patipia corticale disseminata von *Pellizzi*. Monatsschrift Psych. und Neurol. Februar 1905.

erichtet kurz über einen hierhergehörigen Fall aus der Irrenanstalt Es handelt sich um einen 12jährigen Knaben, der das Bild einer ten Idiotie bot und an zahlreichen epileptischen Anfällen litt. Die ng in der Klinik war eine sehr kurze, da der Tod bald eintrat.

Barret, Albert M., A study of mental diseases associa
cerebral Arterio-Sclerosis. American journal of
July 1905.

Verf. bespricht auf Grund mehrerer einschlägigen Fälle di
und pathologisch-anatomischen Befunde bei den auf arteriosklerotis
entstandenen Seelenstörungen; auch die wichtigsten differentialdiag
Punkte werden erwähnt. Im übrigen bringt die Arbeit nichts
wertes.

Behr-L

Colin, Les aliénés difficiles. Revue de psychiatrie. M

Verf. behandelt die Unterbringung einer gewissen Kategorie v
kranken, die er als Aliénés difficiles bezeichnet. Es handelt sich
etwa um solche Geisteskranke, die mehr oder weniger schwere V
wie Mord, Notzucht und dergl. begangen haben, um die Aliénés
er versteht vielmehr darunter die große Zahl der Kranken, die, h
irgendwie mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten zu sein, durch
genehmen Angewohnheiten zu einer unerträglichen Plage für die Irr
werden. Er rechnet hierher einmal die Déséquilibrés (Hysterische,
moralisch Schwachsinnige), die durch ihre Disziplinlosigkeit, ihre
Gewohnheiten, ihre Neigung zum Hetzen, Komplottieren und dur
keiten ein Schrecken für das Personal und die ruhigen Kranken
gehören ferner hierher gewisse „Parasiten, Rückfällige, Ausbeut
stalten", wie er sie mit *Legrain* nennt, gewohnheitsmäßige Trink
einer vorhergegangenen alkoholischen Geistesstörung die Entschul
ihre Strafhandlungen und ein Mittel suchen, um den Existenzsch
zu entgehen. Unter beiden Kategorien finden sich intelligente
alle zeichnen sich aber durch ihre Trägheit aus, sie betrachten
mehr als Herberge. Werden sie meistens auf ihr eigenes Dränge
lassen mit einer Unterstützung durch Geld oder Kleider, so ver
das meist schnell und kehren dann freiwillig oder unfreiwillig in
zurück. *Colin* erwähnt vier Fälle, die zum 9. resp. 22., 23. und
Falle sogar zum 55. Mal aufgenommen wurden. Meistens handelt
Männer, doch stellen auch die Prostituierten und die imbezillen
großes Kontingent.

Verf. vertritt die Ansicht, daß für diese Aliénés difficiles
Häuser im Anschluß an die bestehenden Anstalten erbaut werd
Es müßte dabei auf eine möglichst scharfe Trennung der Kranke
werden, um Komplotte zu vermeiden und die Aufsicht zu erleic
Kranken müßten ferner unter ärztlicher Leitung zur Arbeit he
werden. Durch diese Trennung würden nicht nur die Anstalte
schlechten Elementen befreit, sondern es würde dadurch, beson
die Erziehung zur Arbeit, die Möglichkeit der Besserung diese
selbst erheblich größer werden.

Digitized by Google

rt dans un cas d'hémiplegie. Revue de Psychiatrie. März 1904.

. haben genaue graphische Untersuchungen an einer infolge Apoplexie schen Frau kurz vor dem Tode angestellt. Sie kommen zu folgendem Auf motorischem Gebiet Zittern auf der nicht gelähmten Seite, es auf der gelähmten Seite fehlte, es hört einige Zeit vor dem Tode vasomotorischen Erscheinungen konnte Kapillarpuls nachgewiesen nd zwar auf der gelähmten Seite ausgeprägter als auf der gesunden. zweiten Phase, etwa eine Stunde vor dem Tode, verschwand der ls auf der gelähmten Seite früher wie auf der gesunden. Seitens ng fanden sich tiefe und regelmäßige Inspirationen, während die sich in mehreren, ungefähr 4—5, Pausen vollzog, schließlich fand Neigung zur Expirationsstellung nach etwa 5—6 Respirationen. n ließ sich Galopprhythmus nachweisen, er setzte sich durch die one hindurch fort, hielt auch nach Aufhören der Atmung noch an hwand erst einige Augenblicke vor dem Tode. Verf. schließen aus bachtungen, daß die nervösen Zentren nicht zu gleicher Zeit, sondern neinander, in Etappen abgestorben sind. *Behr.*

H., De l'influence des émotions sur le langage. Revue Psychiatrie. März 1904.

kurze Abhandlung, in der Verf. auf die mannigfachen Veränderungen he durch Affekte hinweist. Nicht allein der Inhalt, auch andere ngen, wie der Ton, die Silbenbildung werden durch die verschiedenen einflußt. *Behr.*

ld, William, The present status of paranoia. American rnal of insanity. Januar 1904.

. faßt seine Ansichten über den augenblicklichen Stand der Paranoia- folgenden Schlußsätzen zusammen: Die Paranoiagruppe kann in eren Umfange nicht aufrecht erhalten werden, vielmehr müssen eine Krankheitsbildern davon abgetrennt werden. Dazu gehören 1. die auf Grund der ausgesprochenen katatonen Symptome und Geistes- ohne Frage der Dementia praecox zugerechnet werden müssen, le, bei denen die katatonen Symptome und die Geistesschwäche nervortreten, die aber doch auf Grund verschiedener Symptome ngszustände, Zusammenhangslosigkeit im Gedankengang, mangelnde sierung der Wahnideen und dergl.) der Dementia praecox zugezählt müssen, 3. die originäre Paranoia, 4. die auf alkoholischer Basis nen Paranoiafälle, 5. die im Verlauf anderer Psychosen, wie Dementia nalyse, beim zirkulären Irresein und der Melancholie auftretenden hen Symptome. Überhaupt fand sich unter den vom Verf. beob-

Digitized by Google

achteten Kranken, ebenso in der einschlägigen Literatur, kein Fall besser einer der erwähnten Psychosen zugerechnet werden kon eigentlichen Paranoia.

Miller, Harry W., Korsakoffs psychosis. Report American journal of insanity. Januar 1904.

Verf. teilt vier Fälle von *Korsakoff*scher Psychose mit, die wenig Interessantes bieten. In einem Falle waren polyneuritische nicht nachweisbar. Ein Kranker starb an Septicämie, die Sekt abgesehen von den neuritischen Veränderungen. nichts Bemerk Eine Besserung der psychischen und neuritischen Erscheinungen w fach konstatiert.

Meyer, Adolf, The anatomical facts and clinical varieties matic insanity. American journal of insanity. Jan

Eine sehr ausführliche, zahlreiche Krankengeschichten entha arbeitung der mit Traumen ätiologisch zusammenhängenden Geiste auf die hier aber näher nicht eingegangen werden kann.

Buchanan, J. M., The treatment of the morphine hyoscine. American journal of insanity. April 19

Verf. will beim Morphinismus durch subkutane Injektionen vo hydrobromatum gute Erfolge erzielt haben. Das anscheinend e energische Verfahren besteht in der subkutanen Injektion von 0 Hyoscin, und zwar alle 2—3 Stunden in steigender Dosis, und z $1\frac{1}{2}$—2 Tage hindurch. Nach den ersten Dosen trat Schlaf ein, nac Gaben wurde der Kranke schlaflos und unruhig, bis etwa nach ein halluzinatorisches Delirium einsetzte, das einige Stunden nach des Hyoscins angeblich ohne weitere Folgen vorüberging. Auch Erscheinungen, wie Unregelmäßigkeit der Herzaktion, Appetitlosig gelnder Schlaf in den ersten Nächten nach der Kur lassen das nicht unbedenklich erscheinen.

Coriat, Isador H., The chemical findings in the cereb fluid and central nervous system in various mental American journal of insanity. April 1904.

Verf. hat bei 29 an den verschiedensten Seelenstörungen Individuen kurz nach dem Tode die Cerebrospinalflüssigkeit unters Flüssigkeitsmenge schwankte zwischen 10—150 ccm, am stärkste infolge des ausgesprochenen Oedems der Pia bei der progr. Paraly

Neuritis und chron. Alkoholismus war der Befund ein geringer, die Flüssigkeitsmenge in zwei Fällen von halluzinatorischem Irresein 90 ccm betrug. Bei fünf senilen Geistesstörungen schwankte die schen 18 und 60 ccm, bei zwei melancholischen Individuen zwischen ccm. Bei einer durch ein Trauma bedingten organischen Erkran- en sich 25 ccm, in einem Falle von manisch-depressivem Irresein kurz vor dem Tode entstandenen Hemiplegie schließlich nur 10 ccm t. Zweimal reagierte die Flüssigkeit alkalisch, Milchsäure fehlte, die Reaktion in allen übrigen Fällen eine saure war und Milchsäure echselnder Menge nachweisen ließ. In sechs Fällen konnte das Gewicht festgestellt werden, bei drei Paralytikern betrug es 1009. weiteren 1012. Reduzierende Substanzen fanden sich in neun rnstoff konnte siebenmal in der Cerebrospinalflüssigkeit nachgewiesen ine Menge schwankte zwischen 0,1—0,5 g auf 100 ccm. Der Ge- wurde in 15 Fällen festgestellt, nur bei drei Kranken war er ls im normalen Blutserum. Proteide fanden sich am reichlichsten Paralytikern, in einem Fall von Alkoholdelirium verbunden mit s, in einem Fall von seniler alkoholischer Psychose mit links- emiplegie neun Tage vor dem Tode, endlich bei einem Gehirntumor, allen Fällen mit ausgedehnter Destruktion der Hirnsubstanz. In ren Fällen war der Gehalt an Proteiden gering. Cholin fehlte nur llen in der Cerebrospinalflüssigkeit, und zwar in je einem Fall von em halluzinatorischen Irresein, von Paranoia auf seniler Basis, von e und seniler Demenz. Die Menge des Cholins wechselte erheb- fand es sich wie auch die Proteide in den Fällen am reichlichsten, die Destruktion des Zentralnervensystems am ausgesprochendsten war.

Behr.

Walter D., Intracranial Psammo-sarcoma without paralysis. erican journal of insanity. April 1904.

einer an agitiertem Altersblödsinn leidenden Frau von 74 Jahren, die von 50 Jahren ein Schädeltrauma erlitten hatte, fand sich bei der in großes von der Dura ausgehendes Psammosarkom, das zu Druckerscheinungen rechts in der motorischen Region geführt hatte, in dem Maße, daß die innere Kapsel, das Septum pellucidum, das os. erheblich dadurch verdrängt wurden. Trotzdem waren klinisch erscheinungen, Störungen der Koordination und Lokomotion niemals sen gewesen. Die Geschwulst, die allerdings von der Dura ausging, atischen Ursprungs und war veranlaßt durch eine auf die Meningen Knochenauftreibung an der Innenfläche des Schädeldachs, die auf das erlittene Schädeltrauma zurückgeführt werden mußte.

Green, M. E., A sarcoma of the orbital periosteum: a case. American journal of insanity. Oktober 190

Bei einer 28jährigen Negerin fand sich ein vom Periost d Orbita ausgehendes Sarkom. Abgesehen von verschiedenen Ers seitens des erkrankten Auges (leichte Protusion des Bulbus, Che ständige Schmerzen im rechten Auge) traten psychische Erregun mit lebhaften Halluzinationen des Gehörs und Gesichtes und Neigu walttätigkeiten auf, denen sich zahlreiche schwere allgemeine Ko hinzugesellten. Nach der operativen Entfernung des rechten Auge vom Periost der Orbita ausgehenden Sarkoms trat, nachdem am zw nach der Operation noch einmal zahlreiche Anfälle beobachtet waren völlige Genesung ein. Auch ein Geschwulstrezidiv konnte bislang gestellt werden.

Pactet, La folie dans les prisons. Rev. de psychiatr. 190

Verf. macht auf einen schweren sozialen Übelstand aufmer werden in den Gefängnissen zahlreiche geisteskranke Individuen me Zeit, oft bis zum Ende ihrer Strafzeit, festgehalten, ohne daß ihr krankheit erkannt wird. Darunter befinden sich Paralytiker im E die trotz ihrer vorgeschrittenen Krankheit bis zu 1¼ Jahren in anstalten interniert blieben. Es wird auf die seit Jahren in Belgien segensreiche Einrichtung eines ärztlichen Überwachungsdienstes in anstalten hingewiesen, der lediglich den Zweck verfolgt, etwaig Erkrankungen der Insassen festzustellen und die Überführung dies kranken in die Irrenanstalten zu veranlassen.

Näcke, Wahnideen und Irrtum. Psychiatr.-neurolog. Wo 1905. Nr. 48 u. 49.

Verf. knüpft an die unsinnigen Handlungen verschiedener Sekten, besonders der Duchobrozen, an. Er weist darauf hin, daß Wahnideen und Irrtum kaum ein durchschlagender Unterschied exi beide so viel Gemeinsames zeigen, daß sich eine sichere Diagnos schwierig gestaltet. Allerdings gibt es, wie an Beispielen klarg gewöhnlich Unterschiede zwischen ihnen, aber sie verwischen si sonderen Fällen, und die Psychologie beider kann sich dann äuß innerlich ähneln. Es kann sich auch aus einem echten Irrtum bei geeignetem Boden und starker exogener Einwirkung eine Wahnidee e ebenso wie bei einem Wahnsinnigen ein Irrtum, der sich korrigi auftreten kann. Im gewöhnlichen Leben werden übrigens beide nicht scharf getrennt und Irrtum sehr häufig für Wahn gebrau Hauptquelle der Irrtümer sehen wir einmal in der Massensuggesti

Digitized by Google

Irrtum und Wahnidee und es können Suggestionierte zu wirklich
n werden, andererseits auch wieder Irrsinnige suggestioniert werden.
stigen Boden für den Ausbruch von Irrsinn schafft der Suggestions-
cher, doch wird die Häufigkeit eines derartigen Ereignisses meist
t. In Querulantenfamilien z. B. pflegt nur der Querulant wirklich
nk zu sein, die anderen Mitglieder sind wohl oberflächlich mit den
deen infiziert, doch handelt es sich bei ihnen nur um einen Irrtum.
Behr.

g, Walter and *Wissler, Clark.* Comparative Measurements
he hard palate in normal and feeble-minded individuals.
reliminary report. American journal of insanity. April 1905.

haben nach einem bestimmten in der Arbeit näher mitgeteilten
lessungen des harten Gaumens bei normalen und schwachsinnigen
vorgenommen. Dabei ergab sich bei beiden die gleiche absolute
Gaumens, dagegen zeigten die einzelnen Maße bei Geistesschwachen
bweichungen als bei gesunden Personen. Die Breite des Gaumens
ersten bleibenden Backenzahn nach vorn bleibt vom neunten oder
ebensjahr an annähernd unverändert, wahrscheinlich findet nach
sten Lebensjahr ein merkliches Wachstum nicht mehr statt.
Behr.

Clarence B., Cytodiagnosis in Psychiatry. American journal
nsanity. Juli 1905.

kurzer Überblick über die bisherigen Resultate der Untersuchung
rospinalflüssigkeit bei Geisteskranken; besonders wird ihr diffe-
gnostischer Wert betont. Es wird auch auf die Gefahren, die mit
naus nicht gleichgültigen und unschuldigen Eingriff verbunden sind,
en, auf das Auftreten von Kopfschmerz, Erbrechen, Übelkeit, völliger
ng und anderen schweren Störungen nach der Operation, es wird vor
äufigen und zu reichlichen Entnahme von Cerebrospinalflüssigkeit
Kontraindiziert ist der Eingriff bei Arteriosklerose und bei Tumoren,
bei Kleinhirntumoren, weil bei ihnen infolge des geänderten Blut-
e Gefahr einer Blutung besonders groß ist. *Behr.*

rthur W., Korsakoffs Psychosis Report of cases. American
rnal of insanity. Juli 1905.

er fünf Fällen von *Korsakoff*scher Psychose befanden sich vier
Bis auf einen Fall spielte der Alkoholismus in der Ätiologie die
Rolle, in zwei Fällen war auch Morphium vor Ausbruch der Er-
in großen Dosen genommen, in zwei Fällen gingen dem *Korsakoff-*

übrigen bieten die Fälle nur insofern Interesse, als bei zwei Fäl
lich eine vollkommene Heilung der neuritischen Beschwerden so
besonders auch der psychischen Erscheinungen beobachtet wurde.

Toulouse et Damaye, Heredité et education dans la ge
maladies mentales. Rev. de psychiatrie. 1905. Nr.

Nicht die Heredität spielt bei der Entstehung der Geistesstö
größte Rolle, viel wirksamer ist einmal das Milieu, in dem das
aufwächst, und weiter die von dem Milieu wieder abhängige Erzie
Individuum ist gewissermaßen ein Produkt, das sich aus der Here
Milieu, in dem es lebt, und besonders der Erziehung zusammense
all in der Natur macht sich der hohe Einfluß der Umgebung bemer
Pflanze, jedes Tier, das in eine neue Umgebung, in andere Verhäl
setzt wird, paßt sich in seinen Lebensgewohnheiten der veränderten
an. Das gleiche gilt vom Menschen, und zwar einmal in anatomischer
denn der durchschnittliche Unterschied von 8 cm in der Größe
Personen der gebildeten Stände und Fabrikarbeitern und die ent
durchschnittliche Differenz im Gewicht können nur durch die Einw
Umgebung und Erziehung bedingt sein. Noch mehr tritt der m
Einfluß dieser beiden Faktoren auf die psychologischen Charaktereig
des Individuums hervor, eine Erscheinung, für deren Wahrheit
einzelner Personen, unter ihnen vor allem die Verbrecher, die
ganzer Völker hinreichend Beweise liefern. Die Heredität ist, be
psychologischer Beziehung, eine unbestimmte Form, die die Umg
Erziehung leicht umzubilden vermögen. Das gilt auch für die
auch für die Tuberkulose zum Beispiel besteht nicht in der erb
lastung die größte Gefahr, sondern es sind vielfache andere Ein
der Geburt von erheblicherer Bedeutung. Das gleiche läßt sic
Psychosen sagen, wie an verschiedenen Beispielen klargelegt wird.
sind es neben der Heredität vor allem die Umgebung, die Erzi
Nachahmung, die ihren maßgebenden Einfluß auf das Entstehen
haften Erscheinungen ausüben. Eine mangelhafte Erziehung
größere Rolle in der Genese der als hereditär bezeichneten Geistes
eine gute Erziehung vermag ihrer Entstehung vorzubeugen. Daru
der Ätiologie der Geisteskrankheiten nicht wie bisher in der He
wichtigste, ja fast ausschließliche ätiologische Moment gesehen w
wichtige und in vielen Fällen überwiegende Rolle spielt vielmeh
ziehung.

Marandon de Montyel, Prédisposition et causes directes
logie mentale. Rev. de psychiatrie. 1905. Nr. 3.

Keine Psychose ohne eine Prädisposition zur Psychose; die d
sachen, und mögen sie noch so eingreifender Natur sein, sind a

Digitized by Google

Prädisposition eine Geistesstörung hervorzurufen. Die Prädisposition
al eine hereditäre und weiter eine erworbene sein, gleichgültig, ob
nd des intrauterinen Lebens erworben ist oder nach der Geburt.
Geburt sind es sechs zu den direkten Ursachen gehörige Momente,
s dahin intakten Individuen eine Prädisposition zu schaffen ver-
nd zwar das typhöse Fieber, das chronische Sumpffieber, der
aus, die chronische Bleivergiftung, das Schädeltrauma und die In-
Auch diese Erkrankungen können bei bis dahin intakten Gehirnen
genblick, wo sie ihre Einwirkung ausüben, nur funktionelle Störun-
assen, die mit dem Fieber oder der Infektion wieder verschwinden,
echte Geisteskrankheit; sie schaffen aber für die Zukunft bei dem
eine Prädisposition, sie machen ihn wie die übrigen hereditären
benen prädisponierenden Momente zu einem Dégénéré. Damit ist
Wirkung der Prädisposition erschöpft. Um eine Psychose entstehen
müssen zu der bestehenden Prädisposition direkte Ursachen treten,
mmen sind unumgänglich nötig zur Entstehung einer Seelenstörung,
ohne die andere bleibt unwirksam. Dabei stehen beide Faktoren
aßen im umgekehrten Verhältnis zueinander, insofern, als bei hoch-
isposition die direkten Ursachen nur geringfügige zu sein brauchen,
kehrt. Da, wo die Prädisposition zu unbedeutend ist, um unter
der direkten Ursachen zu einer Psychose zu führen, vermögen
verstärkend auf die Prädisposition einzuwirken. Zu diesen direkten
gehören in erster Linie die endo- und exogenen Infektionen, be-
e Variola, Influenza, Scharlach, die puerperale Infektion, dahin
eiter die Autointoxikationen von der Leber, der Niere und dem
stinaltraktus aus, ferner die chronischen Vergiftungen, schwere
Erkrankungen, schlechte Ernährung und psychische Momente.
weist schließlich noch auf einen weiteren Punkt hin; er ist der
aß die direkten Ursachen auch von maßgebendem Einfluß auf die
sychose sind; die Prädisposition, drückt er sich aus, schafft nur
unbestimmte Disposition, gewissermaßen ein Recht zu delirieren,
rekten Ursachen geben diesen Delirien eine bestimmte Form. Für
ht sprechen bereits die alkoholischen und epileptischen Psychosen,
bei den infektiösen Psychosen nach Typhus und bei den seltenen
Erkrankungen im Anschluß an die Paralysis agitans glaube Verf.
r die Richtigkeit seiner Behauptung gefunden zu haben. *Behr.*

e, Ernst. Über das Wesen der Osteomalacie und seine
apeutischen Konsequenzen. Sammlung zwangloser Ab-
llungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrank-
en. V. Bd., Heft 4/5. Verlag von C. Marhold. 1905.

Digitized by Google

erwähnt in seiner Monographie zunächst die verschiedenen An-

Besprechung findet die sich auf die heilsame Wirkung der Kastratio
*Fehling*sche Theorie, nach der die Osteomalacie als eine Trophon
Knochen, in erster Linie der Beckenknochen, weiter des Thora
Gliedmaßenknochen anzusehen ist, die von den Generationsvorgän
sächlich von den Ovarien abhängig ist, eine Theorie, gegen die
Tatsachen, wie das gelegentliche Ausbleiben des Kastrationserfolges
Osteomalacie, die Osteomalacie bei Männern, die eigenartige ge
Verbreitung des Leidens, das familiäre Vorkommen, sowie das Au
Rezidiven nach anfangs erfolgreicher Kastration sprechen. Auch
von *Gelpke*, der die nicht puerperale Osteomalacie von der puerper
weil sich in Ursachen, Bedingungen, Verlauf, sowie im anatomisc
wesentliche Unterschiede finden, entspricht den Tatsachen nicht,
kein Unterschied zwischen der puerperalen und der nicht puerper
Von allen bisherigen Anschauungen über die Osteomalacie hat n
sache, daß sie endemisch auftritt, durch weitere Erfahrungen
gefunden.

Verf. ging bei seinen eigenen Studien über die Osteomala
ziemlich häufigen Komplikation dieser Krankheit mit dem Morbus
aus. Er konnte auf Grund seiner Beobachtungen die wichtige Ta
stellen, daß die Osteomalacie durchaus ungleich verteilt ist und
stimmten Gegenden endemisch auftritt, und daß das Vorkommen
malacie gebunden ist an das Vorkommen des Kropfes. Eine Dia
Nordwesten nach Südosten durch Deutschland gezogen, trennt die K
im Südwesten von den nordöstlichen Gegenden, in denen der
sporadisch auftritt; die gleiche Diagonale scheidet in gleicher
Gegenden mit endemisch auftretender Osteomalacie von denen, w
Dieser enge Zusammenhang wird bestätigt durch den klinischen
33 Fällen. Bei allen an Osteomalacie leidenden Kranken konnte
Erkrankungen der Schilddrüse, besonders Strumen nachgewiesen w
es fanden sich, da wo der klinische Nachweis krankhafter Bescha
Thyreoidea fehlte, Thyreoideaerkrankungen in der Familie und
scheinungen, wie Tremor, Kongestionen, Schwindel, Herzklopfen
gleichen, die ihrer ganzen Natur nach als thyreogene Symptome
werden müssen. Alle diese Tatsachen, die relativ große Neigun
entwickelten Osteomalacie sich mit ausgeprägten Schilddrüsenerk
besonders mit der *Basedow*schen Krankheit zu komplizieren, der
Befund krankhafter Schilddrüsenbeschaffenheit, teils schon physik
durch thyreogene Symptome nachweisbar, und nicht zuletzt die ge
Abhängigkeit der Osteomalacie vom Kropfe führen zu dem Schlu
Osteomalacie der Ausdruck einer Schilddrüsenerkrankung ist.

Wie erklärt sich bei dieser Ansicht der heilsame Einfluß de
auf den Verlauf der Osteomalacie? Verf. neigt zu folgender Hyp
hält es für sehr wahrscheinlich, daß Schilddrüse und Eierstoc

ddrüse, besonders die der Osteomalacie zugrunde liegende Störung, Stoffwechsel, wahrscheinlich in der Form erhöhten Phosphorverd führt zu Osteomalacie. Unter diesen Umständen wirkt die übrigens sche Tätigkeit der Ovarien verschlimmernd resp. für das klinische n auslösend. Beseitigt man die physiologische Tätigkeit der Eier- muß dadurch folgerichtig je nach dem Grade der Thyreoideag sowie nach Maßgabe der sonstigen einer Heilung günstigen Be- Stillstand oder Besserung in die Wege geleitet werden, sie kann h versagen, wenn entweder die Erkrankung der Schilddrüse zu der die physiologische Stoffwechselleistung der Ovarien erheblich oder mehr weniger belanglos geworden war. Jedenfalls ist die se bei der Osteomalacie der Locus morbi, die physiologische Funktion öcke dasjenige akzidentelle, schädigende Moment, das an Bedeutung ren in den Schatten stellt. Hieraus erklärt sich hinreichend auch che, daß Frauen im geschlechtsreifen Alter am häufigsten an Osteorkranken.

. schließt seine Arbeit mit folgenden Sätzen: a) Die geographische g der Osteomalacie, die osteomalacischen Erscheinungen bei Kropf ddrüsenkrankheiten, besonders bei Morbus Basedowii einerseits, s die Verbindung der Osteomalacie mit thyreogenen Krankheiten ptomen führen zu dem Schluß, daß die Osteomalacie eine Schildrankung ist. b) Das allgemeine klinische Verhalten entspricht dem childdrüsenkrankheiten, das spezielle der puerperalen Osteomalacie nicht die Annahme einer krankhaften Ovarialtätigkeit, sondern erphysiologisch. c) Die vorhin erwähnten unklar gebliebenen Punkte der *Fehling*schen Theorie erklären sich zwanglos. d) Die Erfolge tion stehen mit der thyreogenen Entstehungstheorie nicht nur nicht pruch, sondern befinden sich bei Berücksichtigung der Stoffwechselse mit ihr in vollem Einklang (durch Kastration herbeigeführte pie).

inem Anhang wird auf die psychischen Störungen bei der Osteourz hingewiesen, die in Stimmungsanomalien, Gedächtnisschwäche, llgemeiner psychischer Schwäche bestehen und vom Verf. ebenfalls der Schilddrüsenerkrankung angesehen werden, während schwere eine Komplikation darstellen. Endlich wird auf die Aussichten bei Therapie, besonders auf die operative und medikamentöse Beder erkrankten Thyreoidea aufmerksam gemacht. *Behr*-Lüneburg.

ul, Le langage intérieur et les paraphasies. Paris, Alcan. 4. 316 S. 5 Fr.

ist sicher einer der originellsten und geistreichsten Denker der ranzösischen Mediziner. Vorliegendes Buch ist eine Erweiterung

beschäftigte er sich mit Problemen der Psychologie. Er schrieb d
unter seinem Pseudonym *Laupts* ein noch heute klassisches Buch:
et perversité sexuelles. Für einen so jungen Menschen geradezu e
werk! Als Militärarzt war er lange in Algier und Tunis und ma
interessante soziologisch-ökonomisch-kulturhistorische Studien. So
sich sein Horizont und sein Wissen immer mehr, und trotz seine
ist er schon jetzt eine Leuchte der Wissenschaft. Das oben angez
reiht sich mindestens ebenbürtig denen von *Egger*, *Ballet* und *S*
erscheint mir aber noch interessanter und enthält eine große Fül
obachtungen, die Verf. z. T. selbst gesammelt hat. In drei große
wird 1. der Gehirnmechanismus und die innere Sprache, 2. die end
Formel und 3. die Endophasie in pathologischen und subnor
ständen untersucht. Nur einige Leitgedanken dieses hochwichtige
dankenreichen Werkes können hier gegeben werden, den Lese
bezüglich der Details auf das Original verweisen.

Verf. akzeptiert, wenn auch mit einiger Reserve, die Lokalis
Gehirns nach *Flechsig*. Er hält es aber für eine Chimäre, nach Lok
der Intelligenz, des Willens, des Gedächtnisses, des Urteils zu fahn
psychische „Territorium" erhält von außen nicht eben einfache
sondern „Eindrücke von Eindrücken" und reagiert nicht direkt durch
Handlungen, sondern nur durch Anreize zu solchen. Die eigentlich
schen Zentren sind die medullären und bulbären. Die sog. motoris
des Gehirns enthält aber mindestens noch eine nicht motorische
des motorischen Gedächtnisses (Zentrum von *Broca*). Verf. glau
Schreibzentrum bei Gebildeten. Die Introspektion kann den e
psychischen Akt selbst nicht erkennen, nur gewisse Modifikationen
keit der Gehirnrinde, die auf dieselbe, wie eine Art von Reflex
intrapsychischen Zentren, die als „Spiegel" dienen, zurückgeworfe
Dann werden die Hauptzentren des Gehirns beschrieben, immer
wohltuenden Kritik. Die Zentren für das verbale, visuelle ode
Gedächtnis erscheinen nur als ein Knotenpunkt (points de jonct
rein psychisches Gebiet muß anerkannt werden, welches die ander
anregt oder hemmt. 1892 hat Verf. für „innere Sprache" den kla
druck „Endophasie" eingeführt, d. h. die Fähigkeit in Worten zu de
„die endophasische Formel" nennt er die Form, unter welcher sich
wiegend bei einer bestimmten Person abspielt. Das „Wort" selb
Synthese und Abkürzung von Erinnerungen. Das Zentrum der
Sprache" (der Endophasie) darf nicht mit dem des entsprechender
Gedächtnisses verwechselt werden. Es werden dann psychol
einzelnen Modalitäten der „endophasischen Formeln" dargelegt an
Schemen (die Verf. mit Recht stets nur als heuristisches Mittel hoc
später auch ein reiches Beobachtungsmaterial, das Verf. durch F
und Ausfragen gesammelt hat (darunter sind viele berühmte Leute
Daudet, Inaudi, Lacassagne, Coppée, Coquelin, Claretie, Brunet

Digitized by Google

verfolgt. Diese Formel kann durch Introspektion erhärtet werden
nur zunächst für den Moment des Beobachtens. Das *Charcot*sche
bez. der „inneren Sprache“: moteur, auditif und visuel gilt einzeln
sehr selten. Am häufigsten ist der Typus des auditivo-moteur, d. h.
nken spricht man für sich die Worte und hört dabei seine eigene
Meist sind es Mischtypen und je nach Umständen, Affekt, Einwir-
v. tritt bald der eine, bald der andere Typus in den Vordergrund.
g und Alter spielen hier gleichfalls eine Rolle. Bisweilen entsteht
hl, als ob man sprechen müßte, was einer Halluzination sehr nahe
Bei den „auditifs“ wird die innere Stimme in den Kopf lokalisiert.
en ist der visuelle Typus, d. h. man denkt, indem man die Worte
in Druck- oder Schreibschrift sieht. Die meisten der moteurs und
noteurs sprechen beim Lesen innerlich das Gelesene. Das „Ge-
kann sich der „inneren Sprache“ bedienen. Die innere Sprache
auch bei den Kindern nachweisen.

Aphasien kann man eigentlich nur bei gänzlicher Störung eines
reden; es handelt sich meist nur um Paraphasien. Zu den Aphasien
phemie, Agraphie, Wort- und Hörblindheit zu rechnen. Bei den
en im engern Sinne handelt es sich um Leitungsunterbrechungen,
Aphasie ist keine Paralyse. Der Aphasische spricht nicht, weil er
gungsvorstellungen der Worte verloren hat. *Brocas* Zentrum ist
t motorisch. Alle diese verschiedenen Arten von Aphasien und
en, ebenso Agraphie usw. werden fein analysiert. Es werden weiter
le und -petale Amnesien unterschieden. Höchst interessant sind
ie Bemerkungen über das Innenleben beim Traum, beim Hypnotismus,
m und (ganz kurz) in der Psychose. Verf. stellt uns einen weiteren
Aussicht.

Nücke.

**ch für sexuelle Zwischenstufen. mit besonderer Be-
ksichtigung der Homosexualität. VII. Jahrg. I. u. II. Bd.
pzig. Spohr. 1905. Zusammen 1083 S. 24 M.**

ktlich erschien wieder dies Jahrbuch, und es scheint dem Ref. das
teste der bisher erschienenen Jahrbücher zu sein. Es wird eröffnet
e lange Zuschrift eines Anonymus aus dem Jahre 1869 an den
preußischen Justizminister, um Abschaffung der damaligen Urning-
en. Es ist nun sehr bemerkenswert, daß schon damals der Verf.
Gründe dagegen erhebt, die jetzt noch angeführt werden. Zuerst
mbècéras, der große französische Jurist, der aus dem Code Napoléon
sog. natürliche und widernatürliche Unzucht strich. Ihm folgten
Bayern (1813), Württemberg (1839), usw. *Caspar* in Berlin war
der als Mediziner das Angeborensein der Homosexualität (— H.)
Von Römer untersucht die erbliche Belastung des Nervensystems

35 % (? Ref.) der Fälle familiär vorkommt, daß die erbliche Belastung bei H. nicht größer ist, als bei Normalen und Geisteskranken; auffallend tere in der Aszendenz sind noch am häufigsten vertreten, sehr sch Potatorium. Die H. ist als eine Varietät anzusehen. (Verf. vergle Uranier mit Normalen und Geisteskranken aus anderen Ländern, w angeht! Ref.). Recht anregend ist der Aufsatz von *Katte* über d Homosexuellen. Die Übersättigungstheorie weist er mit Recht da daß er zeigt, daß die meisten Uranier junge Leute sind, wo von Übe wohl nicht die Rede sein kann. Hauptsache ist nicht die urnische E (fast nur durch mutuelle Onanie), sondern die Neigung als solc Laien wird fast nur der feminine Typus beobachtet und dieser ersch daher verächtlicher, als der virile. Letzterer besitzt hier auch m liches, als der Normale, aber mehr Männliches zugleich (? Ref.), er besonders zu Geisteshelden geeignet, namentlich in der Kunst Typus wird des näheren beschrieben. Ausgezeichnet ist die D *Kiefers* über Platos Stellung zur H. Plato selbst war ein „plat Uranier, wie seine Schriften und die Tradition beweisen. In seine schriften (Phaedrus, Gastmahl) verteidigt er warm die παιδεραστία größte Gut des menschlichen Lebens" und verdammt auch nicht hon Handlungen, in mäßigem Grade betrieben. Im „Staat" findet wenigstens noch tolerant, während er sie in der Altersschrift „die scharf verurteilt. Sehr nüchtern und klar betrachtet *Anna Rüli* vom frauenrechtlichen Standpunkt. Die Urninden sind als Führerin für das soziale Leben sehr wichtig, namentlich zur Wahrung weiblic essen und für Wissenschaft und Kunst. Sie passen aber natürlich die Ehe. Es scheint in Deutschland fast ebensoviele homosexuell als Männer zu geben, und zwar in allen Klassen. 20 % der Hu Urninden. Könnte für sie ein passender Beruf gewählt werden, so Prostitution — die Verf. als solche mit vollem Rechte für ein Ü ein notwendiges hält — abnehmen. *Bertz* gibt eine liebevolle St den wunderlichen amerikanischen Dichter und echten Yankee Walt W und beweist, daß er sicher ein Uranier war. Er predigte gradezu gelium der Kameradenliebe. Vieles in seinem Äußern erinnerte den Urning. *Nordau* gab von ihm nur eine Karikatur. W. war e lastet! *Gebouten* weist nach, daß die vermeintliche Päderastie Cal gemeine Lüge ist. Ganz eingehend beschäftigt sich *v. Levetzow* m rüchtigten Anarchistin Louise Michel und zeigt, daß sie eine groß gelegte, idealistische, hochgebildete Person war, nebenbei auch Sie war so recht zur Frauenrechtlerin geboren. Man bekommt in von ihr einen ganz anderen und wohl günstigeren Eindruck, als Zeitungen. *Von Beulwitz* veröffentlicht einen Brief Zolas, der z sich dieser große Franzose auch sehr für die Frage der H. inte obgleich er sie in seinen Romanen so gut wie nicht anzuschneide

er über die reizphysiologische Grundlage der erotischen Anziehung. freilich wäre darin zu beanstanden. Ref.) *F.* zeigt zuerst, daß so og. Instinkte nur auf Chemotaxis, Tropismen aller Art beruhen und Tropismen (d. h. Reize auf Sinnesorgane und die Haut) auch in eine große Rolle neben dem Psychischen spielen. Er weist dies an 84 Uraniern nach, und bei den Normalen wird es kaum anders xualität, Soziabilität und Symphilie beruhen in der gesamten Natur zum Teil und vielfach vorwiegend oder ausschließlich auf Chemo- haben somit eine gemeinsame Wurzel." Bei den Homosexuellen sonders Gesichtseindrücke sexuell reizend, aber auch die andern litäten sind wichtig und meist kombiniert. „Die Sexualität ist ein verschiedener Elementartropismen und deren Reizwirkungen . . ." Autor sucht in einem weiteren Aufsatze dann nachzuweisen, daß Freigabe der H. der kriegerischen Tüchtigkeit nichts schadet und ür besonders die modernen Japaner an. Endlich beschließt *v. Neu-* anzvoll diesen ersten Band mit einer Bibliographie über den oditismus beim Menschen, die über 2000 Nummern enthält und viele ltsangaben aufweist.

zweite, kleinere Band enthält in seiner größeren Hälfte eine wieder nete Besprechung aller 1904 erschienenen wissenschaftlichen, popu- belletristischen Schriften, die sich auf H. beziehen. Der Kritiker, *ætorius*, macht wieder vorzügliche Bemerkungen, von denen einige teilt werden sollen, da die Psychiater fast ohne Ausnahme bez. der ilettanten sind und z. T. haarsträubende Ideen davon haben und Sie kennen ja meist nur diejenigen, die sie in der Anstalt, im e oder in der Sprechstunde sehen, und das sind meist Anormale. nde aber, die keinen Arzt aufsuchen, kennen sie nicht! Es ist, Psychiater den Typus der Normalmenschen in seiner Anstalt kon- vollte; also hellster Unsinn! Wer nicht wenigstens Hunderte osexuellen draußen im Leben, also nicht in der Sprech- gesehen hat, darf in Sachen der Homosexualität nicht wollen. Das ist des Ref. schon früher oft betonte Ref. kennt überhaupt in ganz Deutschland nur etwa hriftsteller, die volle Erfahrung und daher Kritik bez. sitzen; nicht mehr! Doch jetzt zu *Numa Praetorius*, der einer s ist. Immer wieder betont er, daß die H. nur angeboren, nie ist, selten tardiv, nie durch Übersättigung oder durch Verführung ne Varietät der libido darstellt, also keine Krankheit, Entartung r, und die Urninge nicht mehr erbliche Belastung darbieten als Die Therapie ist nutzlos; der § 175 muß fallen, die männlichen ten — eine Notwendigkeit in den Großstädten! —, sind wie die ter Kontrolle zu stellen. Dem Homosexuellen darf man seine ge- he Befriedigung (die vorwiegend nur durch mutuelle Onanie geschieht)

das er mäßig sei. Eins der besten Aufklärungsmittel ist das über
nis ihrer Geschlechtsnatur seitens Homosexueller gegenüber ihr
sexuellen Freunden. Daß bei den Urningen relativ viel bedeutende
sind, kommt vielleicht daher, daß in ihnen oft die Mischung de
beider Geschlechter sehr prägnant ist. Kinderliebe fehlt gewöhn
Mit der Ehe sollte man warten, bis die H. ganz klar ist. Knab
selten geliebt (dann ist es wohl krankhaft), wohl aber junge L
sollte die künftige Ehefrau von dem Bestehen der H. beim Bri
Kenntnis setzen. H. ist bei Geschwistern relativ häufig. Homos
kennen sich gegenseitig nicht sicher. Genitalveränderungen sind
Maßvolle hetero- oder homosexuelle Befriedigung schädigt nicht
Freundschaft und homosexuelle Liebe sind zwei verschiedene D
gibt es bisweilen Übergänge. *Sade* brachte die sexuellen Abnormit
in ein System; er war kein Urning, höchstens ein Bisexueller, vorzt
Sadist. „Ein Heterosexueller kann . . . . . niemals homosexuel
nachempfinden." Ein Holländer berichtet dann über H. in Holl
ist es ein Kapitalverbrechen überhaupt von H. zu sprechen, da
dort wissenschaftlich so gut wie unbekannt und nur zwei bis d
(besonders *Aletrino* und *von Römer*) sind wirkliche Kenner de
letztere hat zuerst in Holland 242 Urninge untersucht und das von
und anderen Gesagte nur bestätigt. *Hirschfeld* beschließt den
einem Jahresberichte für 1904—1905 und hält es mit Recht für eine
der Sache, nicht nur, daß die Kenntnis der H. im Publikum, unter d
und bei der Regierung immer besser und zugunsten der H., so
zum ersten Male im Reichstage (vom 31. März 1905) darüber debat
so Schiefes Thaler und andere auch vorbrachten. Sie stützten
auf Aussprüche von Psychiatern, die absolut in dieser Sache ign
Übrigens war das Referat Thieles sehr vernünftig gehalten. Die ul
Presse verhielt sich in ihren Äußerungen viel ruhiger als die prot

Petrén, A., Eine Analyse von ca. 800 Fällen chronische
krankheit nebst einer kritischen Prüfung der in
offiziellen psychiatrischen Nomenklatur. Upsala. 19

Die erste Anmerkung gegen die gegenwärtige, mit den Ta
Jahre 1901 eingeführte offizielle Nomenklatur (deren Rubriken a
Aufsatzes wiedergegeben sind) gilt der Abwesenheit einer Kran
mit dem Namen Psychosis manico-depressiva. Schon aus praktischen
punkt ist diese Rubrik erforderlich, da nicht alle hierhergehörige
periodische Psychosen rubriziert werden können, insofern nämlich e
zwischen manischen und depressiven Erscheinungsformen nich
Psychosen mit ausgeprägterem periodischem Verlauf vorkommt, so
in weit unregelmäßigerer Weise (worauf *Magnan* zuerst die Aufm
gelenkt hat), bisweilen sogar in Fällen, die insgesamt nur einen od

Digitized by Google

die Richtigkeit der *Kraepelin*schen Anschauung, nach welcher die und die depressiven Zustandsbilder nur Äquivalente innerhalb einer lben Krankheitsform sind, werden ferner angeführt: 1. Beispiele es bei einer periodischen Psychose vorkommen kann, daß das hindurch jährlich auftretende manische Zustandsbild plötzlich ganz durch ein depressives ersetzt wird; 2. Beispiele dafür, daß plötzsel der Stimmung zwischen diesen beiden entgegengesetzten Polen können; und 3. Beispiele für das Vorkommen von Mischzuständen, Züge von dem manischen wie von dem depressiven Zustandsbilde enthalten sind (worauf auch *Magnan* zuerst hingewiesen), und nur für eine kürzere Zeit, sondern auch während des größeren Krankheitsanfalles. Im Zusammenhang hiermit wird über *Weigandts* ngen berichtet, welche zeigen, wie selten es in Wirklichkeit vorß Krankheitsfälle während ihres ganzen Verlaufs nur manische gsformen ohne jedes Symptom depressiv-stuporöser Art aufweisen kehrt, wobei indessen zugleich darauf hingewiesen wird, daß es icht erforderlich ist, daß ein Fall, um zu dem manisch-depressiven erechnet zu werden, durchaus die beiden entgegengesetzten Erformen, die hier vorkommen können, zeigen müsse, daß vielmehr dahinzurechnen sei, der irgend eines der für die fragliche Krankcharakteristischen Zustandsbilder aufweist.

ird ferner darauf hingewiesen, wie unmöglich es ist, bei dieser eine periodische Form von einer „einfachen" zu unterscheiden, tlichkeit der Übergang vollkommen kontinuierlich ist von solchen die Krankheit regelmäßig jedes oder jedes zweite Jahr auftritt, t nach einem Zwischenraum von mehreren Jahren wiederkehrt, zu llen, wo sie nur ein paarmal oder ausnahmsweise vielleicht nur s Mal während des ganzen Lebens auftritt — und da man niemals Krankheitsbilde selbst bei dem einzelnen Anfall mit Sicherheit kann, welchen Verlauf die Krankheit haben wird (wenn man auch n, daß gewisse Züge für eine öftere Wiederkehr der Krankheit Unter solchen Umständen ist es klar, daß man unter die Krank-Psychosis manico-depressiva sowohl die periodische wie die rezidind die „einfache" Manie zu begreifen hat; denn natürlich muß hier immer bei der Aufstellung von Krankheitsformen das klinische bild selbst das Entscheidende sein, während die Frequenz der anfälle hierbei nichts bedeutet. (Das Resultat statistischer Unterdarüber, wie oft es eintrifft, daß ein manischer Anfall nur ein al während des Lebens eines Menschen, ohne sich zu wiederholen, über die diesbezüglichen Untersuchungen von *Kip, Hinrichsen* er wird berichtet — berührt daher nicht im geringsten die Frage Berechtigung oder Nichtberechtigung des Standpunktes, der die Manie" als eine besondere Krankheitsform aufrechterhalten will),

andererseits der Neigung zu neuen Anfällen wird als charakter
das manisch-depressive Irresein angeführt, daß eigentlicher Blöd
einzutreten pflegt, in welcher Hinsicht die fragliche Diagnose also
Prognose in sich schließt. Zur Stütze für diese Ansicht werden
führt, wo die Krankheit Jahrzehnte hindurch angedauert und di
ein bedeutendes Alter (in einem Fall sogar über 80 Jahre) errei
Zur Beleuchtung des Terminalstadiums dieser Krankheit wird fer
Beispielen für den Fall, daß während der ganzen Unruhezeit neb
täuschungen auch fixierte Wahnvorstellungen vorkommen, ein Fall
wo diese Symptome auch während der ruhigen Zeiten fortbestehn
hierbei indessen auf die Unzweckmäßigkeit hingewiesen, derartige
Terminalstadien mit dem Namen „sekundäre Paranoia“[1]) zu bezc
es nur Verwirrung in die Nomenklatur bringen würde, verschied
verschiedenen Stadien einer und derselben Krankheit zu geben, w
sich damit begnügen muß, die Tatsache festzustellen, daß ein
depressive Psychose bisweilen — wenn auch selten — einen
atypischen Verlauf nehmen und einen chronischen Zustand m
täuschungen und systematisierten Wahnvorstellungen zeigen kann
gleichzeitig der Wechsel zwischen den manischen und den
Krankheitsbildern fortbesteht. Schließlich wird näher ein Fall b
wo Epilepsie bei Eintritt des Patienten ins etwa fünfzigste Jahr
der Pubertät bestehende manico-depressive Psychose komplizier
Zusammenhang damit werden *Kraepelins* und *Pilcz's* Ansichten übe
hältnis zwischen diesen beiden Krankheiten referiert.

Betreffs des Alters für den ersten Ausbruch der Krankheit
hingewiesen, wie nicht nur die Pubertät und die nächst darau
Jahre hierbei ein „tempus minoris resistentiae“ darstellen, sondern
auch sowohl für die Involution als das mehr vorgeschrittene S
Unter den 41 Fällen von manico-depressiver Psychose, die di
Analyse umfaßt, waren es fünf, die erst in einem Alter zwischen
Jahren erkrankt waren. Aus der Tätigkeit des Verf.s an eine
Anstalt wird indessen auch — als Stütze für die letztere Beha
teils ein Beispiel für eine erste Erkrankung in einem Alter von etwa
(in welchem Fall noch bei 88 Jahren keine Komplikation mit sen
sinn eingetreten), teils ein Fall angeführt, wo dem ersten Krank
der im Alter von 48 Jahren eintrat, ein neuer erst nach siebze
folgte, wonach indessen drei weitere im Laufe eines Dezenniums

---

[1]) Bemerkenswert ist, daß in diesem Falle jedes Zeichen vo
fehlt — zum Unterschied von dem Verhältnis bei der Mehrzahl
die unter der Benennung „sekundäre Paranoia“ beschrieben word
zum großen Teile nichts anderes als Dementia praecox gewes
scheinen.

Digitized by Google

ung von Krankheitsformen sich von der Frequenz der Krankheits-
immen zu lassen, da er ja als ein schönes Beispiel für eine „ein-
" hätte angeführt werden können, wenn der betreffende Kranke vor
Jahr gestorben wäre, während das Erreichen eines höheren Alters
ehr der Krankheit mit einem ausgeprägten periodischen Verlauf

ll den angeführten Gründen wird daher die Forderung erhoben,
prik Manie aus der Nomenklatur gestrichen und durch die Rubrik
anico-depressiva ersetzt wird. In Ermangelung dieser Rubrik
alle hierhergehörigen Fälle unter der Rubrik periodische Psychose
orden, auch wenn der Verlauf keine ausgeprägte Periodizität ge-
Die Einführung der hier vorgeschlagenen Rubrik würde die Rubrik
Psychose doch nicht ganz und gar in der Nomenklatur entbehr-
n, deren Anwendung würde dann aber natürlich auf solche
Psychosen zu beschränken sein, welche zu keiner der gewöhnlichen
rmen zu stellen sind — drei solche Fälle finden sich unter
ne die Analyse umfaßt —, während zur Rubrik manico-depressive
türlich alle hierhergehörigen Fälle zu führen wären, auch die
periodischem Verlauf, wie ja auch z. B. alle epileptischen Psychosen
ägter Periodizität nicht unter periodischer Psychose, sondern unter
eptica aufgeführt werden.
ubrik Melancholie wird für die Fälle angewandt, die der von
o benannten Krankheitsform angehören; dabei wird jedoch gegen
chnungsweise angemerkt, daß es nicht zweckmäßig sein kann,
em Namen Melancholie eine kleinere Gruppe der verschieden-
e zu bezeichnen, die man früher unter diese Bezeichnung ein-
, vielmehr wird darauf hingewiesen, daß die *Weygandt*sche Be-
eise (Involutionsmelancholie) da offenbar vorzuziehen, am aller-
vielleicht die von *Wernicke* eingeführte Bezeichnung Angstpsychose
an hierbei schon in dem Namen selbst den von Beginn der
n charakteristischen Grundzug der melancholischen Verstimmung

em die Frage der Differentialdiagnose zwischen den depressiven
lern der manico-depressiven Psychose und der Involutions-
(nach *Wernickes* Bezeichnungsweise also zwischen der affektiven
[1]) und der Angstpsychose) berührt (wobei *Kraepelins* und *Wernickes*

also die verschiedenen psychiatrischen Verfasser, die danach
alten, so sehr verschiedene Dinge umfassenden Melancholie-
erteilen, dabei die Bezeichnung Melancholie für ganz entgegen-
nkheitsformen beibehalten wollen, bildet schon dies einen Grund,
lung von Mißverständnissen und Verwirrung in der Nomenklatur,
ganz und gar aus dieser auszuschließen.

Digitized by Google

bitzers Forderung einer Einrangierung auch der letzteren Krankh
das schon zuvor weite Gebiet der manico-depressiven Psycho
worden, werden die acht Fälle von Angstpsychose (= Involutionsn
geschildert, die die fragliche Analyse umfaßt. Aus der Schilderun
vor, daß eine bedeutendere affektive Abstumpfung nur in einer
kommt, der auch den senilen Psychosen im eigentlichen Sinne
(das Alter bei der Erkrankung war nahezu 70 Jahre), während de
liche depressive Affekt stets mehr oder minder das Krankheitsb
übrigen sieben Fällen beherrscht, von denen keiner eigentliche
zeigt, obwohl die Krankheit während eines Zeitraums von fünf bis
Jahren angehalten hat und das jetzige Alter der Kranken zwisch
82 Jahren variiert.

Betreffs der Rubrik Confusio (unter welcher in der Tabell
aufgeführt ist, was darauf beruht, daß in der Upsalaer Pflege
chronische, als unheilbar betrachtete Fälle aufgenommen werden)
Verf. vor, sie dahin zu erweitern, daß in sie nicht nur alle Er
psychosen, sondern außerdem auch die Infektionspsychosen eingere
zwischen welchen beiden Gruppen es ja oft nicht möglich ist,
Grenzen zu ziehen, da man in vielen Fällen (wie z. B. bei einer
oder nach einer langwierigen Infektionskrankheit, wie Typhus, e
Psychose) nicht imstande ist, in der Ätiologie die Bedeutung des
Moments von der der Erschöpfung zu sondern. Nach diesem Vo
hielte also die betreffende Rubrik den Namen Infektions- und Er
psychosen.

Gegen die nach *Sommer* angenommene Benennung Dement
wird bemerkt, daß sowohl eine Dementia senilis wie eine Dementi
mindestens ebensosehr „primäre" Demenz sind wie die hier fragli
heitsform. Im Zusammenhang mit einer kürzeren Übersicht übe
wicklung des Dementia-praecox-Begriffs referiert der Verf. *Kraep
gandts* und *Aschaffenburgs* Auffassung betreffs der Einteilung und
dieser Krankheit, wobei gegenüber dem abweichenden Stand
letzteren hinsichtlich der Unterordnung der Dementia paranc
Dementia praecox die Tatsache angeführt wird, daß gleichwie es
fälle gibt zwischen Hebephrenie und Katatonie, solche auch zwis
tonie und Dementia paranoides vorkommen, wofür zwei bezeichn
auch angeführt werden. Unter Festhalten also an dem theoreti
schaftlichen Standpunkte, daß der Übergang zwischen den hebep
katatonischen und paranoiden Formen der Dementia praecox ü
ständig kontinuierlich ist, wird doch aus rein praktischen Gründe
schlag gemacht, in die Nomenklatur besondere Rubriken für di
(unter den Namen Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoi
nehmen, damit nicht eine so unverhältnismäßig große Menge
unter eine und dieselbe Rubrik kommt, und da eine derartige T

erhöhtes Interesse für das Studium der betreffenden Fälle mit
wird.

f wird die etwas verschiedene Prognose bei den verschiedenen
erührt, wobei zuerst die Ansichten referiert werden, wie sie
Prognose der Katatonie von *Kraepelin*, nach welchem es
ffene Frage ist, wie oft eine wirkliche und dauernde Genesung
Krankheit vorkommt, von *Aschaffenburg* und *Weygandt*, nach
Prognose im Prinzip ungünstig ist, so daß nur „Defektheilung"
mt, und von *Meyer* ausgesprochen worden sind, nach dessen Er-
20—25% der fraglichen Fälle eine Jahre hindurch andauernde
ntritt. Gegenüber der von *Gaupp* gegen *Meyer* gerichteten An-
ß, da die katatonische Psychose doch früher oder später zu einem
Blödsinn führt, es vom wissenschaftlichen Gesichtspunkt aus
tig ist, ob dieser Blödsinn nach dem ersten Krankheitsanfall ein-
rst längere Zeit hiernach, nachdem mehrere solche aufgetreten,
erf. betont, daß es von rein praktischem, von sozialem Gesichts-
och keineswegs gleichgültig ist, ob eine Psychose unmittelbar zum
rt, oder ob der Kranke, bevor dieser eintritt, so wiederhergestellt
Jahre, vielleicht Jahrzehnte hindurch selbständig seinen Lebens-
rdienen und für seine Familie so gut wie irgendwie früher sorgen
usammenhang hiermit wird aus der Verf.s eigener Erfahrung ein
tatonie (zuvor von *Gadelius* mitgeteilt) referiert, wo der Kranke
elfjähriger Krankheitszeit (während welcher er nahezu neun Jahre
angsweise gefüttert wurde) so vollständig genas, daß er — bis
visse leichte Reizbarkeit — derselbe wie früher wurde und noch
von zehn Jahren guter Gesundheit sich erfreut und mittels
werks (Schneiderei) vollständig für seinen und seiner Familie
alt sorgt.[1]) Da man also — wegen des verschiedenen Ausgangs
enen Katatoniefällen — bezüglich der Prognose, wie sie die
tatonie enthält, nur sagen kann, daß mit der allergrößten Wahr-
t ein eigenartiger Blödsinn gelinderer oder schwererer Art, ent-
telbar nach dem betreffenden Krankheitsanfall oder nach einem
nden eintreten wird, so betont der Verf., daß man neben der
Prognose in jedem einzelnen Fall außerdem einer besonderen
ose bedarf, daß demnach das nächste Ziel für die Arbeit inner-
Teiles der Psychiatrie das sein muß, eine Bestimmung der
ennzeichen zu versuchen, mit deren Hilfe man imstande sein
dividuelle Prognose zu stellen, ob Genesung, „Defektheilung" oder
er Blödsinn eintreten wird, und ob das schließliche Terminal-
tuell nach einem kontinuierlichen Fortschritt der Krankheit oder

[1]) der diesen Pat. während seiner Volontärzeit an der psychiatri-
in Lund im Winter 1892—93 kennen lernte, hat ihn später im

wird. Im Anschluß hieran wird referiert, was hierüber gegenwä
ist, wobei erwähnt wird, wie verschiedene Psychiater, unter ihne
gefunden, daß ein akuter Beginn der Krankheit die Wahrschei
ein Eintreten von Remissionen größer macht, und wie *Evensen*,
großen Bedeutung, die die Entwicklungsweise der Krankheit dem
Prognose hat, innerhalb der Katatonie geradezu zwei verschied
unterschieden wissen will, eine mit akutem Beginn (in welcher
in 27% der Fälle fand) und eine mit chronisch schleichender
der Krankheitssymptome (in welcher Gruppe dagegen kein Fall z
gelangte und wo der terminale Blödsinn im allgemeinen hochgr
der ersteren Gruppe wurde).

Was die Hebephrenie betrifft, so wird betont, daß auc
individuelle Spezialprognose neben der allgemeinen Prognos
ist, da der terminale Blödsinn auch bei dieser Form seh
wechseln kann, indem er wie bei der Katatonie zum Teil v
wicklungsweise der Krankheit abhängt, weshalb *Evensen* au
Hebephrenie zwei Formen unterscheidet, je nachdem die Kra
akuten Beginn gehabt oder sich mehr chronisch entwickelt ha
er jedoch vollständige Genesung in einer der Gruppen fand.
Auftreten länger dauernder Remissionen — im Gegensatz zu de
bei der Katatonie — ohne Zweifel bei der Hebephrenie sehr sel
Verf. einen solchen Fall an, wo eine Remission von nicht wen
Jahrzehnten vorgekommen ist, indem dem ersten Krankheitsausb
Alter von 19 Jahren stattfand, nach eingetretener „Defektheilun
Ausbruch erst im Alter von 44 Jahren folgte, gleichzeitig mit de
der Menstruation.

Im Zusammenhang hiermit wird an die Tatsache erinne
Involution ein „tempus minoris resistentiae" nicht nur für die Entw
Melancholie und einer manico-depressiven Psychose ist, sond
auch bezüglich der Dementia praecox, indem eine erste Erkran
Involution bezüglich der Katatonie keine Seltenheit zu sein schei
unter des Verf.s Fällen von Hebephrenie keiner mit einer ersten
in höherem Alter als 40 Jahre sich findet). Es wird dann e
Kraepelin und *Schröder* über diese sog. „Spätkatatonien" äußer
und *Roy* werden zitiert, insofern sie betonen, daß die Entw
Dementia praecox nicht an ein bestimmtes Alter gebunden ist,
märker, der aus Anlaß dieser Tatsache hervorhebt, daß bis
differentialdiagnostische Abwägung auch zwischen Dementia p
einer senilen Demenz notwendig sein kann. Verf. referiert dar
alle die seiner Katatoniefälle, in denen die Krankheit sich erst
gelegtem 40. Jahr entwickelt hat, was bei 6 Männern und 18 Fra
gewesen, indem das Alter bei der Erkrankung zwischen 40
2 Männern und 7 Frauen, zwischen 45 und 50 bei 2 Männern un

Digitized by Google

0 und 55 bei 2 Männern und 4 Frauen gewesen, die übrigen
n Alter von 58 resp. 59 Jahren erkrankt waren.[1])
f wird die Frage der periodischen Katatonien berührt, wobei teils
ır auf diesem Gebiete erwähnt und über den geänderten Stand-
chtet wird, den *Kraepelin* in dieser Frage in der letzten Auflage
rbuches einnimmt, teils ein eigener die Frage beleuchtender Fall
referiert und im Anschluß daran wieder betont wird, wie die Ab-
senheit von Periodizität im Verlaufe einer Psychose keine Bedeu-
ie Diagnose hat, sondern das klinische Krankheitsbild selbst für
entscheidend ist.
lem Verf. auch einen Fall von Dementia paranoides mit periodischem
geführt hat, geht er zur Frage nach den paranoiden Formen der
raecox über, wobei sowohl die Ansichten verschiedener deutscher
wie *Kraepelin*, *Sommer*, *Ziehen*, *Hoche* und *Weygandt*, als auch
moderneren Franzosen, wie *Séglas*, *Sérieux*, *Deny* und *Roy* refe-
n, unter denen die beiden letzteren dem Dementia-praecox-Begriff
solchen Umfang wie *Kraepelin* und *Weygandt* geben zu wollen
ährend *Séglas* und *Sérieux* dagegen von *Kraepelins* zwei paranoiden
ır die erste, weniger umfangreiche dahin rechnen wollen, also die
e von ihm Dementia paranoides genannt wird.
rläuterung der verschiedenen Typen, die innerhalb der paranoiden
nterschieden werden können, werden darauf verschiedene Kranken-
angeführt. Von diesen zeigen die drei ersten hochgradig barocke,
hnliche" Größenideen (wie daß der Kranke „Gott selbst" ist, der
es ganzen Weltalls, der Erste in allem, usw.) mit einem in den
en Fällen (von denen einer übrigens noch einzelne katatonische
zeigt) wechselnden Grad von Suggestibilität. In dem vierten Fall,
n — wie in den ebenerwähnten — Größenideen zum Initialstadium
eit gehörten, erreichen diese indessen nicht eine solche Höhe wie
end die Konfabulation dagegen ungeheuer stark entwickelt ist.
gen zwei Fälle, in denen die Wahnvorstellungen anfangs nur
scher Art waren und Größenideen erst später auftraten (in dem
, wie es scheint, erst nach ungefähr 10 Jahren, in dem andern
hon nach Verlauf einiger Jahre): auch in diesen beiden Fällen
essen eine höchstbedeutende Konfabulation vor, besonders in dem
o übrigens auch die Größenideen den Gipfelpunkt von Absurdität
der Kranke ist der Ursprung des Alls u. dgl.). Sowohl aus diesem
e wegen der allgemeinen Urteilslosigkeit und der bedeutenden
it, die hier vorkommt, zögert Verf. nicht, auch Fälle wie diese
tia praecox zu rechnen. Etwas anders verhält es sich dagegen

---

n ausführlicherer Bericht über diese Fälle wird später in einem
Aufsatz in deutscher Sprache gegeben werden, weshalb ein näheres

mit der Gruppe von Fällen, für die die beiden letzten dieser
geschichten Beispiele abgeben. Hier fehlen nämlich sowohl die
als die Konfabulation, indem vage Verfolgungsideen im Verein
zahlreichen Sinnestäuschungen die im Krankheitsbild völlig do
Symptome sind, während andererseits nur der eine der beiden fü
praecox so charakteristischen Defekte vorhanden ist, nämlich die
Urteilslosigkeit, während die Apathie dagegen so gut wie gän
In bezug auf solche Fälle ist Verf. zweifelhaft, ob man sie nur a
Fälle von Dementia praecox betrachten oder eine vierte Untergru
darstellen lassen, oder ob man in ihnen eine besondere Form seh
dann beispielsweise paranoisch-halluzinatorische Psychose gena
könnte, und die im System natürlich ihren Platz zwischen de
paranoides und dem Délire chronique (*Magnan*) haben würde, be
letzterer Krankheitsform Verf. dagegen zu der Überzeugung gek
daß sie nicht in das schon ohnedies so weite Gebiet der Demen
einzuordnen ist, da hier ja eine längere Reihe von Jahren hindurch
für die letztere Psychose so charakteristischen Züge, die Apath
allgemeine Urteilslosigkeit, fehlen.

Es wird hierauf die Diskussion über Délire chronique r
nahezu zwei Jahre lang (1886—88) in der Société médico-psych
führt wurde, wobei Verf. betont, wie die Verschiedenheit der An
sich hier betreffs der Beschaffenheit der späteren Stadien de
geltend machten, ohne Zweifel zu großem Teile darauf beruht, d
seinen Délire-chronique-Begriff so weit gefaßt hat, daß allzu versch
Fälle darunter gestellt wurden, sowohl solche, die relativ frühzeit
sinn führten, als solche, wo dieses überhaupt nicht oder jedenfal
Erreichung des Seniums eintrat.[1]) Seinerseits will Verf. indes nu
letzteren Art zum Délire chronique gerechnet wissen, welche K
definiert wird, daß nach einem Inkubationsstadium, charakteri
Mißtrauen und ein Gefühl allgemeiner Unruhe und Unsicherheit,
Einfluß von Halluzinationen, oft mehrerer Sinne, meistens jedoc
Gebiete des Gehörs und Gefühls, allmählich sich Verfolgungsideen
die mit der Zeit immer mehr systematisiert werden, während die
keit lange Zeit hindurch der Hauptsache nach sich auf das G
Wahnvorstellungen und damit zusammengehöriger Dinge beschränk
ideen mögen im übrigen vorhanden sein oder nicht. Bei dieser
ist das Délire chronique keineswegs eine gewöhnliche Krankheit
glaubt von seinen Fällen nur dreizehn dahin rechnen zu könne
in der schwedischen offiziellen Nomenklatur keine besondere

---

[1]) Es erscheint dem Verf. natürlich, daß vieles von de
moderne Psychiater zur Dementia praecox rechnet, zu einer Z
Dementia-paranoides-Begriff ganz unbekannt und die ganze Demen

nose findet, sind auch diese Fälle in die Tabelle unter der Rubrik ufgenommen worden, obwohl es ja an jeder näheren Verwandtschaft ieser Krankheit und dem Délire chronique fehlt, indem die Paranoia ins Sinne) ja vor allem dadurch charakterisiert wird, daß die llungen — im Gegensatz zu dem Verhältnis beim Délire chronique — in kombinatorischem Wege entwickeln, und daß der Größenwahn nag sich nun im Vorkommen bestimmt formulierter Größenideen r sich im Rahmen eines stark erhöhten Selbstgefühls halten — and geht mit der Entwicklung des Verfolgungswahnes, während ideen bei der anderen dieser Krankheiten — wenn sie vorkommen lange Zeit (Jahre bis Jahrzehnte), nachdem der Verfolgungswahn einstellen. Im Zusammenhang hiermit wird auf den ausgesprochen en Charakter der echten Paranoia hingewiesen; so kam in den rigen Fällen stets entweder erbliche Belastung oder angeborene gentümlichkeiten und in der Mehrzahl der Fälle diese beiden en Züge vor (während erbliche Belastung nur in etwa vierzig zur Délire-chronique-Gruppe gehörigen Fälle vorkam).

f wird die Frage der gleichfalls von einer degenerativen Grund- ich entwickelnden paranoia-ähnlichen Psychosen berührt, denen esondere Aufmerksamkeit gewidmet hat und die er mit folgenden rakterisiert: „Les dégénérés héréditaires ne présentent pas seule- idées de persécutions sans troubles sensoriels“ (es geht dies auf utés-persécuteurs“, die er eben vorher behandelt hat), „ils peuvent affectés de délire de persécution avec hallucinations et troubles ibilité générale, on bien encore de délire ambitieux accompagné de troubles sensoriels“, wobei er auch besonders betont, daß diese n — zum Unterschiede von dem Verhältnis beim Délire chro- on Beginn der Krankheit an auftreten und sich oft schnell ent- délire d'emblée“), wie auch die Prognose hier nicht ganz so schlecht r bisweilen Genesung eintritt. Unter den vier Fällen, die Verf. Form (von *Magnan* Délire systématisé genannt) rechnet, finden sich in denen (1 resp. 2 Jahrzehnte) vor der fraglichen Psychose ein all vorgekommen war, der im Laufe von einem Jahr zur Genesung den übrigen zwei hierhergehörigen Fällen zeigt einer Komplikation irresein, woran der Kranke schon seit seinem 16ten Jahr gelitten nd Halluzinationen und darauf beruhende Verfolgungsideen sich er von 34 Jahren zu entwickeln begannen, wobei die Bemerkung sse sein kann, daß jedes Krankheitsbewußtsein betreffs dieser mptome fehlt, während ein solches stets bezüglich der Zwangs- en vorhanden ist. Auch in dem vierten Falle handelt es sich um izierte Psychose, indem der Krankheit hier periodisch auftretende zustände vorhergingen. Was die übrigen fünf in die Rubrik generativa aufgenommenen Fälle betrifft, so können sie zunächst

deuten zwei im übrigen auch ausgeprägte Zwangsphänomene auf
bemerken ist, daß in keinem dieser Fälle ein Blödsinn vorliegt.)

Betreffs der unter der Rubrik Psychosis ex intoxicatione a
Fälle zeigen die Männer alle das typische Bild einer halluzinatorisch
paranoia. In zweien dieser Fälle sind Krankheitsanfälle vor demj
gekommen, an welchen anschließend der jetzige chronische Zu
entwickelt hat. Was den dritten Fall betrifft, in welchem die An
wohl von Alkoholmißbrauch wie von Lues zu berichten hat, so sin
schiedene somatische Krankheitszeichen (wie starker Tremor und
Abwesenheit sowohl von Pupillarreaktion wie Patellarreflexen)
die es notwendig machen, bei der differentialdiagnostischen Abwä
an die Möglichkeit einer Paralyse zu denken; da die Geist
indessen in der für die Alkoholparanoia typischen Weise begonn
die Halluzinationen noch immer vollständig das Krankheitsbild b
während der (jetzt 65jährige) Patient noch nach nahezu zehnjähri
heitsdauer gute Merkfähigkeit und ziemlich gut erhaltenes Gedäc
so ist der Fall als eine Komplikation von Alkoholpsychose und
gefaßt worden (eine Komplikation, die ja auch von *Cassirer* in se
graphie über Tabes und Psychose erwähnt wird). Die unter de
handelten Rubrik aufgeführte Frau leidet dagegen an myxödematöse
und es ist dieser Fall nur aus dem Anlaß hierhergestellt worden,
Nomenklatur eine besondere Rubrik für die Autointoxikationspsych

Unter der Rubrik Dementia paralytica findet sich kein Fall,
sächlich darauf beruhen dürfte, daß Paralytiker wegen der rela
Lebensdauer im allgemeinen in die Pflegeanstalten für mehr chr
laufende Geisteskrankheiten nicht überführt werden.

Bei der darauffolgenden Rubrik Dementia organica wird teils
Bezeichnung selbst der Einwand erhoben, daß die paralytische De
mindestens ebensosehr „organisch bedingt" ist wie eine senile De
gegen den Umfang der Rubrik angemerkt, daß es sich nicht gerad
eine gewöhnliche Krankheitsform wie Dementia senilis mit allerha
vorkommenden Psychosen verschiedener Art, wie postapoplektische
Psychosen bei Geschwülsten im Gehirn, traumatischen und lueti
chosen usw., zusammenzustellen. Statt dessen schlägt Verf. vor,
derartigen Fällen eine besondere Rubrik zu bilden, die dann geeig
den Namen Psychose auf Grund lokaler Erkrankungen des zentral
systems erhalten könnte, und in einer andern Rubrik, genannt senil
die einfache senile Demenz und die übrigen senilen Psychose
einigen, wie die Presbyophrenie (*Wernicke*), die senilen Depressio
die deliriösen Erkrankungen des Greisenalters und die senile V
für welch letztere Form auch eine Krankheitsgeschichte als B
geführt wird.

Was die Abgrenzung der Rubrik Imbezillitas betrifft, so hat
bald eine Komplikation hiervon mit einer Psychose typische

, Dementia paranoides, manico-depressiver Psychose usw., vor-
t, über den Fall unter der betreffenden Krankheitsform und nicht
zillitas berichtet, unter welcher Rubrik dagegen berichtet wird so-
Imbezille mit periodischen Unruhezuständen, welche keine wirk-
ation oder manische Ideenflucht gezeigt haben, als auch über
einer imbezillen Basis aus entwickelte, mehr atypische, halluzina-
Psychosen, die sichtlich nächstverwandt sind mit der echten
von dieser aber sich dadurch unterscheiden, daß keine logische
g oder Systematisierung der Wahnvorstellungen geschieht, welch
elmehr ganz vage bleiben, oft an Stärke variieren, bisweilen in
ngene Zeit verlegt werden und im allgemeinen weniger fixiert sind,
mt, daß die angeborene Minderwertigkeit sich deutlich in einer
eutenden Urteilslosigkeit zu erkennen gibt, die auch den Wahn-
en ihr Gepräge gibt, weshalb die Bezeichnung imbezille Psychosen
ge Fälle angewendet wird; es wird indessen betont, daß es aller
lichkeit nach einen kontinuierlichen Übergang von diesen Fällen
Paranoia gibt, indem es wahrscheinlich sehr von dem ursprüng-
and des Gehirns abhängt, ob eine gewöhnliche Paranoia sich ent-
er ob es statt dessen bei einer mehr oder weniger rudimentären
lben bleibt.

ßlich wendet sich Verf. gegen die Aufnahme der Rubrik Dementia
in die Nomenklatur, da eine solche Bezeichnung ja nicht das
arüber aussagt, welche Krankheitsform vorliegt, dabei daran er-
ß nicht nur *Kraepelin* und seine Schüler das alte *Griesinger*sche
ch welchem die Demenz im allgemeinen etwas Sekundäres wäre,
haben, sondern daß auch andere Psychiater sich in demselben
esprochen haben, so z. B. *Ziehen,* der besonders betont hat, daß
däre Demenz sicherlich sehr oft unrichtig diagnostiziert wird.
. ist auch zu der Überzeugung gekommen, daß die sekundär
um so mehr verschwinden, je genauer man seine Fälle analysiert.
die wenigen Fälle betrifft, in denen man wirklich berechtigt sein
dem Terminalstadium einer sekundären Demenz zu sprechen, so
nzusehen, weshalb nicht diese Fälle, wie alle anderen, ein jeder
Krankheitsform aufgeführt werden sollen, zu der sie von Rechts-
ören. Freilich kann es wohl bequem sein, eine Rubrik wie
ecundaria in Fällen anwenden zu können, deren Diagnostizierung
rigkeiten stößt, im großen und ganzen aber scheint es Verf. doch
rer Übelstand, daß der eine oder der andere Patient eine unrichtige
rhält, als daß Gelegenheit gegeben ist, beliebig viele seiner Fälle
ziert zu lassen.[1])

---

ch Verf.s Erfahrung wird es eine sehr bunte Sammlung [illegible] Fällen,
die Rubrik Dementia secundaria kommen, wenn e[illegible] ur

Zur Erläuterung des Resultates, zu welchem Verf. bei die Prüfung der jetzt geltenden schwedischen offiziellen Nomenklatur ist, wird schließlich eine Tabelle gegeben, in der alle in die Upsal anstalt während der Jahre 1902 und 1903 aufgenommenen Kra aufgeführt sind, verteilt nach der Form der Krankheit und nach bei der ersten Erkrankung.

Petrén, Alfred, Studier öfver Paranoia querulans. Hygie Okt. 1904.

In der einleitenden Historik erinnert Verf., wie Queruliere kein Beweis für Geisteskrankheit ist, indem es auch nichtge Querulanten (*Aschaffenburg*) und sog. Pseudoquerulanten (*Kraepelin*) auch nicht einem jeden Geisteskranken, der queruliert, gehört die die wir Paranoia querulans nennen, indem Prozeßlust bei schiedenen Formen des Irreseins auftreten kann, wie in Dementi Dementia senilis, bei Paralyse, Alkoholpsychosen, Imbezillität und in periodischen Psychosen (*Kraepelin* u. a.). Bei der Erörterung der I diagnose zwischen derartigen Fällen und den „echten" Querulante Verf. über einen von *Ödmann* (*Lundts* Irrenanstalt) erwähnten eine Paralyse mit intensivem Querulieren debutierte, und über Fälle (Upsalaer Pflegeanstalt), wo dieses Symptom sehr stark hervo diesen kann man jedoch nur zwei zu Paranoia querulans rechn eine Fall eine Alkoholpsychose ist, die in ein chronisches Sta gegangen war, in welchem das Querulieren erst nach einjähriger I auftrat, während der andere ein Imbeziller ist, aber bereits sei Jahren queruliert hatte, ohne daß doch das für Paranoia querulan ristische Krankheitsbild sich entwickelte. In jenen Fällen, wo wicklung vorkam, lagen in beiden sowohl ererbte Veranlagung (All Geisteskrankheit in der Familie) als schon von Jugend auf her Charaktersanomalien vor, auf den degenerativen Grund der Krankh

Nach Erwähnung der Ansichten mehrerer Autoren (*Schüle, Ebing, Hitzig, Magnan, Kraepelin*) betreffs des Begriffes der Krankheit schildert Verf. so die Symptomatologie dieser, haupts *Kraepelin* sich anschließend. Sie entwickelt sich als eine gewöhnlich (im Sinne *Kraepelins* genommen), aber scheidet sich von dieser die Verfolgungsideen sich im allgemeinen nur um Rechtsinteresse vitale Interessen bewegen (wie die Krankheit in die Regel auch

---

„Diagnose" in einigen älteren Fällen von manico-depressiver Ps von Melancholie, bei verschiedenen abgelaufenen juvenilen Kat allen Fällen von Spätkatatonie, in der Mehrzahl der Fälle vo

reit ausgelöst wird); in einigen Fällen wird doch allmählich das Ge
Wahnideen erweitert, indem auch sowohl hypochondrische als Ver
deen auftreten können (*Aschaffenburg*). Sinnestäuschungen gehöre
dem gewöhnlichen Krankheitsbild, und wenn sie mitunter vorkamen
edenfalls erst später im Krankheitsverlaufe, wie in dem einen de
s Verf.s, wo die Krankheit nun ca. 35 Jahre angedauert hat (un
Kranke übrigens taub ist — zweifellos ein für die Entstehung vo
äuschungen prädisponierendes Moment). Bestimmt formulierte Größen
men nicht immer vor, sondern oft hielt sich der „Größenwahn" i
eines stark erhöhten Selbstgefühls mit einer allgemeinen Selbstüber
g und stark hervortretendem Egoismus. Ein für Paranoia querulan
ristisches Symptom ist auch eine Steigerung der gemütlichen Erreg
welche doch in einem vorgeschritteneren Stadium allmählich wiede
, gleichzeitig damit, daß eine zunehmende Urteilslosigkeit sich ein
— Die Prognose der Krankheit ist ungünstig (obwohl Besserunge
können). Internierung ist oft, aber doch nicht in jedem Falle nöti
, so oft es möglich ist, wegen ihrer nachteiligen Einwirkung vermiede
Dagegen muß man stets den Kranken aus den Umständen, unte
die Erkrankung stattgefunden hat, versetzen, wie auch die Anschauun
rmunds als ein sehr wichtiges Moment in der Behandlung der verrückte
nten betrachtet wird.

mnächst folgt eine Analyse der alten Frage von dem Verhältni
Blödsinn und Verrücktheit, und Verf. betont hier, wie die auf diese
sehr verschiedenen Ansichten daher kommen, daß verschieden
diese zwei Begriffe so ganz verschiedentlich fassen. So ist es j
türlich, daß man während einer Zeit, da die Mehrzahl von Fälle
der moderne Psychiater zu Dementia praecox rechnet, als Paranoi
et wurde, diese Krankheitsform (wie *Hitzig* u. a.) zu den psychische
nständen rechnete, eine Ansicht, die gewiß gleich unrichtig ist wie di
gesetzte, daß die chronische Paranoia gar keinen Urteilsdefekt zei
Sandberg). Denn zweifellos ist ein Urteilsdefekt nötig für die En
g der Wahnideen des Paranoikers, aber doch ist die Verschiedenhe
Blödsinn und Paranoia hier sehr augenfällig. Denn während ein
h eintretende allgemeine Urteilslosigkeit für Dementia (sie mag nu
senilis oder paralytica sein) sehr charakteristisch ist, ist für de
Paranoiker (im Sinne *Kraepelins*) inkl. den verrückten Querulante
ein Urteilsdefekt, allein auf Dinge begrenzt, die das eigene persön
teresse berühren, und daß die Kritik eben in diesem Punkt versag
natürlich daher, daß alle Vorstellungen, die mit unserem eigenen Ic
Verbindung stehen, besonders stark gefühlsbetont sind.

die hier referierte Studie schließt sich so als Illustration eine länge
ung eines Falles von Paranoia querulans an, wo die Entwicklun
nkheit sehr interessant war, indem die exogenen Ursachen ungewöhn
vortretend waren. Der Kranke war nämlich, wie die Rechtsverhan

fungen deutlich zeigen, in der Tat von einem persönlichen Feinde
verfolgt worden, mit dem Resultat, daß das Geschäft des Kran
mehrerer zusammentreffenden unglücklichen Umstände vollständ
wurde, und diese traurigen Verhältnisse bewirkten so die Entwicl
ganz typischen Paranoia querulans. Nachdem ein Vormund eing
wurde der Kranke von der Anstalt (Upsala) entlassen und zu je
liefert mit dem Rat, ihn nach Amerika, wo er früher zwölf Jah
hatte, übersiedeln zu lassen. Da macht er nun seit nahe zwei Jal
als Führer bei einer elektrischen Straßenbahn, obgleich er immer s
ideen (betreffs der schwedischen Beamten und Rechtsverhältniss
wie seine Briefe zeigen. (Aut

Moll, A., Über Psychotherapie in der Praxis, mit beson
rücksichtigung der Wachsuggestion. Zeitschrift für
Fortbildung. 1904. Nr. 5.

Verf. betont in seiner kurzen Abhandlung die große Bed
Psychotherapie, und zwar besonders der Suggestion bei der Beha
funktionellen Erkrankungen sowohl wie der organischen Stör
letzteren ist sie natürlich lediglich ein Hilfsmittel zur Bekämpfu
zelnen Symptome. Es werden die verschiedenen suggestiv wirke
mitgeteilt, es wird darauf hingewiesen, daß in der Auswahl ders
die Individualität des betreffenden Kranken berücksichtigt werden
allem betrachtet Verf. es als einen groben Fehler, ja als Kunstfe
man einem Kranken mit funktionellen Leiden erklären würde, es
um eingebildete Leiden. *Gerstenberg*-L

Fauser, Zur allgemeinen Psychopathologie der Zwangsvors
und verwandten Symptome. Zentralblatt für Nerven
und Psychiatrie. 1905. Nr. 203.

Die psychiatrischen Forschungen berücksichtigen zu wenig die
der wissenschaftlichen Psychologie, die sich jetzt zur Erfahrungsw
herangebildet hat, es sind daher die Grundlagen, die diesem psyc
Forschen gegeben werden, nicht einheitlich genug. Von den Ei
die in dieser Beziehung noch der Betrachtung in wissenschaftlich
gischer Beleuchtung harren, greift Verf. das der Zwangsvorstell
verwandter Symptome heraus, indem er sich auf die Grundlagen
*Wundt*s Apperzeptionspsychologie bietet. Er kommt zu folgenden

Die psychologische Grundlage der Zwangsvorstellungen (wie de
überhaupt) liegt im Vorgange der Apperzeption, und zwar in einer Ve
derselben zugunsten der passiven Form, in einer „Insuffizienz
Apperzeption". Dieselbe begünstigt die Bildung rein assoziative
Vorstellungen. Die Zwangsvorstellungsangst setzt sich zusamme

gefühlen des Peinigenden, Quälenden, die aus dem Vorstellungsverl
entstammen und „intellektuelle Gefühle“ sind; sie sind, entsprechend d
men Ringen der geschwächten aktiven Apperzeption „oszillieren
kters“ (Zweifel, Unsicherheit usw.). Der Affekt wiederum fixiert
e Vorstellung, er verursacht ihr Haften und ihre Wiederkehr.
ng geht entweder aus in Erstarkung der aktiven Apperzeption (Ge
oder er führt über zur Wahnidee. Zwangshandlungen endlich, die
nigen Personen nur im Zustand höchsten Affektes auftreten, spie
roße Rolle beim ethischen oder intellektuellen Schwachsinn, wobei
andeln vorausgehende Phase der Zwangsvorstellung abgekürzt sein ka

Grütter-Lüneburg

u, Georg, Berlin, Über einen neuen Gymnastikapparat u
eine Verwendbarkeit bei Behandlung von Nervenleid
Mediz. Klinik. 1905. Nr. 27.

Nach einer kurzen Besprechung über den Nutzen gymnastischer Übun
gemeinen und bei Nervenkrankheiten im besonderen beschreibt V
von Dr. *G. Müller* angegebenen Apparat, der in der Tat vor ande
orzug der Einfachheit und Zweckdienlichkeit zu haben scheint:
, fester Ledergürtel wird um den Leib geschnallt, zu beiden Sei
durch einen Metallring ein Gummiband, dessen oberes Ende ei
riff und dessen unteres Ende einen Steigbügel trägt. Mit diesem
Apparat, dessen Prinzip auf dem Widerstande des elastischen Gum
, lassen sich außerordentlich viel verschiedene Übungen ausführ
Vorteil nicht zum mindesten in dieser Variierbarkeit besteht.
at wird vor allem für Neurastheniker und Nervöse empfohlen, die ta
n sitzender Stellung angestrengte Kopfarbeit zu leisten haben.

Grütter-Lüneburg

häuser, E., Apolda, Unfall und Nervenerkrankung. Hal
Verlag von Carl Marhold. 1905.

Diese Studie befaßt sich mit der in heutiger Zeit so wichtig geworde
der Nervenerkrankung nach Unfall, der sogenannten „traumatisch
e“; sie kann also Anspruch auf Interesse erheben bei allen, die s
eser Frage oft zu beschäftigen haben. Sie wendet sich daher zunäc
llein an Vertrauens- und Kassenärzte, sondern auch an Betriebslei
genossenschaften usw., bietet aber auch manches Wissens- und
swerte dem Neurologen und Psychiater. Zunächst behandelt Verf.
chte des Begriffes der „traumatischen Neurose“, bei der die Frage,
auma als hauptsächliches oder nur nebensächliches ätiologisches Mom
olle spiele, lange Zeit strittig war. Es ergibt sich dann aus
len Darlegungen die heute festgelegte und gültige Ansicht, daß

Digitized by Google

Störung des Gesamtbewußtseins darstelle, die zwar durch einen
vorgerufen ist, die aber durch die im Kampfe um die Rente entste
formung des gesamten Gedankenlebens ihr besonderes Gepräge erl
der Unfall nur als auslösendes Moment wirkt. Als ursächliche
dieser Störung sind anzuschuldigen das Bestehen und die Handh
Unfallgesetzes selber, die mannigfachen Schädigungen der moralis
tät des Arbeiters durch soziale Mißstände, dann der Kampf um
und auch die Haltung der Ärzte bei der Handhabung des Gese
wirklichen Ursachen der Erkrankung liegen also auf sozialem, m
und psychischem Gebiet. Abhilfe kann geschaffen werden durch
der die Volkskraft vernichtenden Faktoren, den Volksseuchen, T
Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, durch Schaffung einer gesu
körperlich kräftigen Jugend und durch eine durchgreifende Wohnu
und Wohnungsreform, in der alle Bestrebungen zur Hebung der
schließlich zusammenlaufen. *Grütter*-L

Heilbronner, Geistesstörung im unmittelbaren Anschluß
erschütterung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 49 u.

Vier Fälle von Geistesstörung, die sich im Anschluß a
erschütterung entwickelten und sich durch Mangel an zeitlicher un
Orientierung, Herabsetzung der Merkfähigkeit, durch Konfabulation u
schwäche charakterisierten, also dem *Korsakoff*schen Symptomenko
sprachen.

Damaye. Obsessions zoophobiques et idées de persécut
deux sœurs. Revue de psychiatrie. Octob. 1905.

Zwei erblich belastete Schwestern litten besonders an der
seien Ohrwürmer und Wanzen in ihren Betten, es könne ein So
der Tür stehen u. dgl.

Cerletti-Perusini, Sopra due case famigliari di atassia
spinale (tipo *Friedreich*?) presentanti alcune rare
rità. Rivista di Patologia nervosa e mentale. 190

Die Verff. beschreiben zwei Fälle von *Friedreich*scher Atax
schwestern (Bruder und Schwester), deren Eltern Geschwisterkin
Die Fälle zeigen beachtenswerte Besonderheiten. Gemeinschaftlich
der familiäre Charakter, der Beginn in der Kindheit, die progred
denz der Erkrankung, statische und dynamische Ataxie, das Fehle
zinierenden Schmerzen, Sprachstörung, Nystagmus, Deformation
Erhaltensein der Pupillarreaktion. Dagegen fallen bei dem männli
ken als Besonderheiten auf eine angeborene Mitralstenose und ein
der beiden recti externi; bei dem weiblichen Falle bestanden Verbl

Digitized by Google

und Mastdarmstörungen. Bei beiden Kranken waren die Patella
eflexe erhalten.
der näheren Besprechung der Symptome unterziehen die Verff. d
tung *Bumke*s, daß nur ein einziger Fall reflektorischer Pupillenstar
*Friedreich*schen Ataxie bekannt sei, einer Kritik und führen ei
on Autoren an, die derartige Beobachtungen gemacht haben.
Probst-München.

ini, Demenza precoce paranoide. Diagnosi differenzia
alla paranoia. Rivist. Speriment. di Freniatria. XXX—XXX
sc. IV—I. 1905.

er Verf. wendet sich gegen die wachsende Ausbreitung des Begriff
anoiden Demenz und behauptet, daß Paranoia und paranoide Deme
isch gut unterschiedene Komplexe seien. Zum Beweise seiner A
nd zur Illustration führt er sechs eigene Beobachtungen an. A
a möchte er jene Fälle aufgefaßt wissen, bei denen das „Quantu
r Energie", das sie in die Anstalt mitgebracht, bis zum Ende fa
dert bleibt, bei denen also ein Zerfall der psychischen Persönlichk
e einer Demenz nicht stattfindet. *Probst*-München.

ini, Paranoia o Demenza paranoide? Lucca, Landi. 190
erf. wendet sich gegen eine Kritik seiner Arbeit „Demenza preco
de" (*Alberti,* Giornale di psichiatria clin. e tecn. manicom. XXXI
—IV); der Kritiker hält ihm vor, daß die aufgeführten sechs Fä
anoide Demenz aufzufassen seien. Verf. weist ihm in überzeugend
nach, daß er nicht sehr tief in das Wesen der Paranoiafrage eing
sei, hält seine frühere Auffassung fest und warnt abermals eindrin
der immer mehr um sich greifenden Tendenz, nosographisch sel
e Formen in das Gebiet der Dementia praecox einzuschließen, „son
wir zuletzt nur noch eine einzige Form von Geisteskrankheit habe
nentia praecox". *Probst*-München.

i e Paoli, Di una speciale forma del globulo rosso nel
emenza precoce. Rivista Sperimentale di Freniatria. Vo
XXI. fasc. II. 1905.

e Verff. haben neben den roten Blutkörperchen anderer psychis
rperlich Kranker auch die von zehn Praecocen wiederholt untersuc
ben in allen diesen zehn Fällen das Vorhandensein von drei abnorm
cytenformen konstatiert. Dieser abnorme Typus könnte vielleicht e
es Hilfsmittel bei der Diagnose Dementia praecox abgeben, wenn

schen und einer schweren Epilepsie zeigte. Jedenfalls können die Veränderungen als ein Beweis für die schwere Alteration des S in dieser Erkrankung angesehen werden und dürften nach Ansich eine weitere Stütze der *Kraepelin*schen Auffassung sein, daß es s Dementia praecox um eine Autointoxikation handle. *Probst-*

Garbini, Tumore della fossa posteriore del cranio. Il N XXI, 2. 1905.

Verf. beschreibt einen Fall von Fibrom der rechten hinter grube, der im Leben so eigenartige Symptome machte, daß di auf luetische Basilarmeningitis gestellt worden war, obwohl kei punkte für eine frühere Infektion gegeben waren. Besonders mer der Fall noch dadurch, daß an demselben zwei Jahre vor dem T gange eine Trepanation mit Entfernung eines guten Teiles des re hirns vorgenommen worden war, ohne daß in der Folgezeit i Ausfallserscheinungen von seiten dieses Gehirnteiles auftraten.

Probst-

Tomasini, Le psicosi nell' esercito e la istituzione di da campo. Il Manicomio. 1905. Nr. 2.

Verf. beklagt es, daß seit 1883 (*Grilli*) in Italien keine Geisteskrankheiten in der Armee erschienen sei trotz der gr schritte der Psychiatrie gerade in den letzten zwanzig Jahren. Sei nach sind Psychosen bei der Armee häufiger als in der Zivilb bei dem eigenartigen Einfluß des militärischen Lebens auf viele Ps könne sogar von spezifischen Soldaten- resp. Rekrutenpsychos werden. Sehr zu denken gebe die Selbstmordziffer in der i Armee, welche doppelt so groß sei als die Frankreichs, und Land nach Rasse und Klima Italien am nächsten stünde. An geistiger Störungen sei die italienische Armee nur von der eng belgischen übertroffen, bei denen aber diese Häufigkeit in der a sammenstellung ihren Grund habe (Freiwilligenheere). Von ungeh tigkeit sei die Kenntnis des Geisteszustandes der Offiziere; viel Niederlagen im letzten Kriege gingen auf geistige oder nervöse kommandierender Offiziere zurück. Verf. bespricht die schrecklic die sich im Kriegsfalle aus der Einstellung von Psychopathen u wertigen in die Armee ergäben, und weist auf das massenhaft geistiger Störungen unter Soldaten und Offizieren in den letzten K Er plädiert für die Schaffung psychiatischer Feldhospitale im Kri

Probst-

lla, Sulle allucinazioni e sulle psicosi allucinatorie. I
nicomio. XXI, 1. 1905.

Verf. gibt als Einleitung die Geschichte eines sehr merkwürdigen
es handelt sich um einen Bauern, der im Alter von 12 Jahren ein
Schädeltrauma erlitten (Fraktur des rechten Scheitelbeines) und
ein verändertes Wesen gezeigt hatte; er entwickelte sich zum
den Charakter" und erkrankte im Alter von 40 Jahren, acht Tage
ner Verheiratung, an Verfolgungswahnsinn auf Grund massenhafter
lluzinationen. In der Anstalt bot er das Bild eines richtigen Para
indem sich an das erste Stadium der Verfolgungsideen ein zweites
envorstellungen anschloß. Der Tod erfolgte elf Jahre nach der ersten
e in die Anstalt durch Tuberkulose. Bei der Sektion fand sich ent
d einer von dem Trauma herrührenden Impression des Schädels in
rnsubstanz eine Impression in der rechten Regio parieto-temporalis
im rechten unteren Parietallappen, in der Nähe des hinteren Aste
schen Furche, an der Grenze gegen den Schläfenlappen. An diese
ar die graue Substanz atrophisch, und die weiße auf eine Strecke
h ein dunkelgraues Gewebe von viel härterer Konsistenz als die de
bstanz ersetzt. Über die Größe dieses Herdes findet sich keine
ebenso fehlt ein mikroskopischer Befund.

f. hält die beschriebene halluzinatorische Geistesstörung als einen
tand des Traumas. Er führt die Theorie *Tamburinis* an, der di
ng der Halluzinationen auf einen Reizzustand der sensorischen Rinden
zurückführt, sowie die Modifikation dieser Theorie durch *Tanzi*, de
sen sensorischen Zentren noch psycho-sensorische Zentren mit ein
Lage annimmt, von denen die Halluzinationen ausgingen. Der Verf
Anhänger der Hypothese *Tanzi*s. „Da nun", so führt er aus, „di
ion dieser einseitigen psycho-sensorischen Zentren noch sehr un
nen bekannt ist, so kann vielleicht der in Frage stehende Fall dazu
, wenigstens die Lage eines dieser Zentren kennen zu lernen, d
em Falle zusammentreffend mit einer schweren Läsion des untere
er rechten unteren Parietalwindung massenhafte und anhaltend
e Halluzinationen aufgetreten sind." Verf. sucht dann nachzuweisen
e Annahme des psycho-akustischen Zentrums an dieser Stelle keine
er bekannten Tatsachen widerspreche und sich auch mit den An
gen *Flechsig*s decke. Verf. führt weiterhin aus, daß es verfehlt se
zinationen immer nur als Teilsymptome einer allgemeinen Erkrankun
n; es sei vollkommen genügend zur Auslösung einer Geistesstörung
B. das psycho-akustische Zentrum allein erkrankt sei. Nach der
nil est in intellectu, quod prius non fuerit in sensu führt er in geist
eise aus, wie sich die Lebensauffassung eines Menschen ganz natur
ndere, sowie die Sinne ihm subjektive Produkte lieferten, die mi
tät der Dinge nicht korrespondierten.

Mit Nachdruck weist er au
Google

chose hin; je nach Temperament und Intellekt des Erkrankten ve
die Reaktion. Daß gerade in der Jugend so viele Individuen unt
scheinungen halluzinatorischer Geistesstörungen erkranken, hat sei
nach der Ansicht des Verf.s darin, daß in der Jugend die Sinne
den größten Teil des psychischen Feldes einnehmen und daher au
von pathogenen Momenten betroffen werden. Wenn man genau
fände man unter den Fällen, die *Kraepelin* in seinen „dreißig Ve
als Präcoce oder gar als Katatoniker aufführe, viele, die le
„delirii sensoriali" aufzufassen seien. Über *Kraepelins* Aufstellun
er sich übrigens an einer Stelle ziemlich bitter, indem er u. a
„glaubt auf dem Punkt angekommen zu sein, die krankhaften P
Psyche zu erkennen, bloß weil er alle Fälle packt und sie in
großen Suppentöpfe der Dementia praecox und des manisch-depre
seins wirft."

Am Schlusse faßt *Angiolella* seine Ansicht noch einmal dahin
Beim „Delirium sensoriale" beginnt das Krankheitsbild mit Hallu
das Krankheitsbild nimmt verschiedene Formen an auf Grund de
welche der individuelle psychische Organismus diesen störende
wirrenden neuen Erscheinungen entgegensetzt. *Probst-*

Pighini, Contribuzione allo studio della demenza precoce
Sperimentale di Freniatria XXXI, fasc. III/IV. 19

Verf. hat bei zehn an Dementia praecox leidenden Kra
suchungen der Körpertemperatur und des Pulses angestellt. Nied
höhlentemperatur und Abnormitäten des Pulses sind schon früh
achtern aufgefallen; neu dürften zwei Resultate der Untersuchung s
die unregelmäßige und sprunghafte Art in den Veränderungen
frequenz; dieselbe änderte sich in allen zehn Fällen mehr oder w
2—3 Stunden und wechselte oft ganz unvermittelt zwischen 70—1
in der Minute. Ferner dürfte ein spezielles Interesse die Qualität
beanspruchen, zu deren Illustration der Arbeit sphygmographisc
beigegeben sind. In allen Fällen haben sich, zum Teil sogar
ausgeprägt, folgende Charaktere ergeben: Der Höhepunkt der Sy
den Kurven viel niedriger als normal; die Rückstoßelevation is
wenig ausgeprägt; dagegen treten die elastischen Elevationen v
hervor. Zur Erklärung dieses Befundes nimmt Verf. an, daß es s
präcocen Demenz oder, vorsichtiger ausgedrückt, bei den von
suchten Fällen um einen Zustand erhöhter Spannung der Arterien
bunden mit einer verminderten Kontraktionsfähigkeit des Herzmusk
Da Verf. bei keiner anderen geistigen Erkrankung diese Erscheinu
glaubt er sich zu der Schlußfolgerung berechtigt, daß bei de

eine Alteration des ganzen kardio-vasalen Apparates auf vorlaufe
annter Basis vorliege.

n Schlusse berichtet er noch über die Resultate, die er mit Neben-
senextrakt bei drei Katatonikern gesehen. Er beobachtete Hebung
tätigkeit. des allgemeinen Stoffwechsels, der Temperatur und einer
Nachlaß der katatonischen Kontrakturen, solange das Mittel gegeben
Ein Einfluß auf das psychische Verhalten konnte nicht konstatiert
Die Resultate sind jedenfalls nicht so, daß man daraus schließen
laß die katatonischen Kontrakturen, die Tachykardie, die Stoffwechsel-
n usw. bei der präcocen Demenz die Folge einer gestörten oder
Funktion der Nebenschilddrüse seien. *Probst*-München.

Unsoundness and mental disease in a local prison. The
rnal of mental science. Januar.

den Lokalgefängnissen werden die Untersuchungsgefangenen und
efangene, deren Strafe nicht mehr als zwei Jahre beträgt, unterge-
Verf. hat bei den Insassen des Lokalgefängnisses zur Bristol Unter-
n auf den Geisteszustand angestellt und unterscheidet unter ihnen
ppen: 1. Die Gewohnheitsverbrecher, Schwindler, Gauner u. dgl. Sie
tig gesund, doch kommt unter ihnen ziemlich häufig Simulation vor
rd vor. 2. Die Trunksüchtigen und solche, die sich in der Trunken-
Vergehen, meistens eine Gewalttat, haben zuschulden kommen lassen
uppe ist die zahlreichste, wohl 90%. Unter ihnen bricht häufig im
s das Delirium tremens aus. 3. Die Schwachsinnigen, geistig und
n Degenerierten und Verkrüppelten, die sich im Gefängnis gut halten
ußen den Kampf ums Dasein nicht bestehen können und immer mit
tzen in Konflikt geraten. 4. Die eigentlich Geisteskranken, deren
en eine Folge der Geisteskrankheit ist. Verf. hat verschiedene Fälle
ressiver Paralyse, Melancholie und Paranoia unter ihnen gefunden. —
ahren zur Überführung eines Geisteskranken aus dem Gefängnis in
anstalt ist ziemlich umständlich. *Ganter.*

nd, Mental depression and melancholia considered in re-
rd to auto-intoxication, with special reference to the pre-
ce of Indoxyl in the urine and its clinical significance
e Journal of mental science. Januar.

16 Fällen von akuter Melancholie fand Verf. eine Vermehrung des
im Urin. In den Fällen, bei denen Genesung eintrat, ging auch das
ieder auf die beim gesunden Menschen vorkommende geringe Menge
In manischen Zuständen konnte keine Vermehrung des Indoxyls
esen werden, wohl aber in manisch-depressiven Zuständen. Das
Vorkommen des Indoxyls deutet auf abnorme Fäulnisprozesse im

Darmkanal hin, die toxämische Erscheinungen im Gefolge haben. nun, was die Entstehung der Melancholie anbetrifft, eine primäre o däre Rolle spielen, läßt Verf. vorläufig noch unentschieden. The empfiehlt er Milchdiät.

Cole, Clinical observations on *Korsakoff*s Psychosis. Th of mental science. Januar 1904.

Klinische Beschreibung von sechs Fällen der *Korsakoff*schen

Andriezen, The problem of heredity, with special ref the pre-embryonic life. The Journal of mental Januar.

Verf. gibt eine Übersicht über die Fragen der Erblichkeit, vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt, und bespricht zuletzt d der Syphilis, der Blei- und vor allem der Alkoholvergiftung auf zellen.

Soca, Sobre la hemiplegia dolorosa de origen central. brasileiros de Psychiatria e Neurologia. I, 3 u. 4.

Drei Fälle von Hemiplegia dolorosa. Die Schmerzen gingen plegia vorauf und hielten nach dem Anfall lange Zeit an. Ihr U zentral. Es handelte sich um alte Leute mit Arteriosklerose.

Alexander, A note on Veronal as a hypnotic and se mental affections. The Journal of mental science.

Verf. hat Veronal bei allen möglichen Formen geistiger S Erfolg und ohne Nachteil angewandt. Er gibt ihm vor allen and den Vorzug. Nur bei einem Fall, der in zwei Tagen 3,0 g Veron hatte, zeigten sich Koordinationsstörungen, ähnlich wie nach Su aber rasch nach Aussetzung des Mittels wieder schwanden. In ein Fall wurde jedesmal schon nach der ersten Dosis eine roseolaähnlich auf Gesicht und Brust beobachtet.

Bond, A plea for the closer study of the body-weigh relation to mental disease. The Journal of menta Januar.

Verf. schlägt vor, die gewöhnliche Gewichtsliste so zu erw die Gewichtszunahme der Kranken auch in Prozenten angeführt w

Anfangsgewicht z. B. 122 Pfd., die Zunahme nach einer gewissen
., so würde die Formel lauten: $\frac{10 \times 100}{122} = 8{,}2\,\%$. Auf diese
bt Verf. gefunden zu haben, daß gewisse Krankheitsgruppen eine
nd gleichmäßige prozentuale Gewichtszunahme zeigten, wodurch
lleicht einst ermöglichen lasse, bestimmte Krankeitsgruppen aus
einen Chaos abzusondern. *Ganter.*

Modern witchcraft: a study of a phase of paranoia. Journal of mental science. Januar.

lte Hexenglauben ging dahin, daß man einer Person Übles zu-
e, wenn man einem ihr gehörigen Gegenstand die entsprechende
angedeihen lasse. Verf. bringt drei Fälle, in deren Wahnsystem
Vorstellung noch eine Rolle spielte. *Ganter.*

ental disease with exophthalmic goitre. The journal of
al science. Januar.

Fälle von *Basedow*scher Krankheit, die an Melancholie erkrankten.
Besserung in geistiger und körperlicher Beziehung nach Behand-
ebennierenextrakt. Ein Fall starb. *Ganter.*

mentia and dementia: A clinico-pathological study. The
nal of mental science. April, Juli, Oktober.

hat früher bereits 200 Fälle pathologisch-anatomisch untersucht.
t er nun weitere 233 Fälle an. Zuerst gibt er eine kurze klinische
um dann den pathologisch-anatomischen Befund mitzuteilen, bei
ders die Hirngewichte, Gefäßveränderungen, die Befunde an den
von Interesse sind. Da Verf. seine Fälle klinisch in zwei große
gruppen teilt (Amentia und Dementia, je nachdem es sich um
borenen oder erworbenen Defekt handelt), die er wieder in zahl-
ergruppen zerlegt, so ist eine einheitliche Darstellung seiner Er-
cht möglich. *Ganter.*

contribution to the study of disorders of visual association
sanity. The Journal of mental science. Juli.

ndelt sich um einen Fall von *Korsakoff*scher Psychose, den Verf.
ch untersuchte. Der Kranken wurde vorgelesen, Bilder vorgelegt
stände in die Hand gegeben. Verf. fand, daß das Gedächtnis für
der Sinnesempfindungen geschwächt ist, aber nicht im gleichen
örseindrücke z. B. hafteten länger als Gesichtswahrnehmungen.
Ganter.

Digitized by Google

Weatherley, The natural characteristics and temperame
patients and how they help or handicap us in our t
The Journal of mental science. Juli.

Verf. zeigt, von wie großem Nutzen in der Behandlung d
kranken die Berücksichtigung ihrer Eigentümlichkeiten, ihrer Cha
schaften und Gewohnheiten ist.

Mc. Conaghey, Adolescent insanity, a protest against t
the term: „Dementia praecox." The Journal of ment
April.

Verf. schlägt vor, die „Dementia praecox" mit „Jugendirrese
tauschen. Das Jugendirresein teilt er in drei Formen: 1. das einfa
mit Wahnideen und Sinnestäuschungen, 3. das katatonische.

Raw, The relation of mental symptoms to bodily dise
special reference to their treatment outside lunatic
The Journal of mental science. Januar 1904.

Für manche akuten Fälle von Geistesstörungen, wie sie sich
körperliche Erkrankung (Herz- und Nierenkrankheiten, Gicht,
*Basedow*sche Krankheit, Diabetes, Chorea, Typhus) anschließen
Gefolge von Vergiftungen (Alkohol, Belladonna usw.) auftreten,
Verf. jede Stadt besondere Aufnahmeabteilungen errichten. I
könnten meist nicht in den Irrenanstalten aufgenommen werden, d
als geisteskrank im strengen Sinne des Wortes begutachtet werde
sonst aber fehle es an geeigneter Gelegenheit zur Behandlung
Wenn die Städte in der vom Verf. vorgeschlagenen Weise Vorso
würden, so würde das sowohl den Kranken als auch den Studier
Besten gereichen. Diese würden die akuten Geistesstörungen bes
lernen.

Raymond, Clinique des maladies du Système Nerveux.
Paris 1901.

Der Verf. behandelt in 32 Vorlesungen eine Reihe von Erl
des Nervensystems an der Hand des Krankenmaterials der Salpêt
Fälle mit eigenartigen Symptomenkomplexen oder seltenen Erso
Im Anschluß an die Fälle bespricht er die Pathologie der einzeln
kung, ferner sehr eingehend ihre Geschichte in der medizinisch
schaft sowie die Differentialdiagnose, Prognose und Therapie. Au
Erscheinungen verwandte Krankheiten werden häufig in den Kre
trachtungen gezogen.

Digitized by Google

eginnt mit der Besprechung der Herdepilepsie, deren Operation er hat ausführen lassen, der er jedoch jetzt skeptisch gegenübersteht. sodann einige Beobachtungen von Läsionen und Tumoren der ferner wird an der Hand mehrerer Fälle die Diagnose der Bulbär- der Pseudobulbärparalyse cerebralen Ursprungs und der sogenannten enie besprochen. Daran schließen sich Schilderungen einer Reihe Formen der multiplen Sklerose, wobei die Schwierigkeit einer sicheren ldiagnose gegen die Hysterie betont wird, weiter werden die objek- ibilitätsstörungen bei Tabes und Syringomyelie besprochen. Unter gen der Wirbelsäule mit Einwirkung auf die Medulla finden sich von chronischer ankylosierender fortschreitender Gelenkerkrankung, angen drei Fälle von Sklerodermie, ein Fall von doppelseitiger mung bei Polyneuritis, endlich als seltenes hysterisches Symptom ubheit zur Besprechung.

orzuheben ist, daß man sich schnell in das Buch hineinliest und mittelmäßigen Kennern der französischen Sprache das Lesen keine teiten macht. *Haenisch.*

Dementia praecox. Verhandlungsbericht der New York rological society. The journ. of nerv. & ment. disease. und Juni.

Diskussion stehen die Fragen, ob die Aufstellung der Dementia nsere Anschauungen über die verschiedenen Formen jugendlicher gefördert hat, ob nicht jetzt die Neigung besteht, dem jugendlichen ne allzu schlechte Prognose zu stellen, wie oft tatsächlich Demenz llicher Psychose eintritt? *Sachs* vertritt die Ansicht, daß die Be- Dementia praecox auf die Fälle zu beschränken sei, in denen r Verfall bereits in frühem Stadium der Krankheit erkennbar sei, Ausdehnung des Begriffs drücke den jugendlichen Psychosen mit en Stempel der Unheilbarkeit auf, es gebe typische Fälle von praecox ohne Ausgang in Verblödung. *Meyer* und *Hirsch* betonen satz zu den neueren Ansichten *Kraepelins* den degenerativen der Dementia praecox. *Prout* schließt aus den abweichenden Be- n Blutuntersuchungen, daß es sich um mehrere Typen handle. erkt, daß ihm ein Drittel der 911 Aufnahmen eines Jahres als praecox zugeführt wurden. *J. Collins* tritt durchaus den An- n *Kraepelins* bei. *Matusch.*

A case of exophthalmic goiter associated with scleroderma alopecia. The journal of nerv. & ment. disease. Mai.

Kombination von je zwei dieser Affektionen ist beschrieben, die

Digitized by Google

Pick, A., Über einen weiteren Symptomenkomplex in der Dementia senilis, bedingt durch umschriebene Hirnatrophie (gemischte Apraxie). Monatsschrift und Neurol. Bd. 19, Heft 2.

Ein Fall von vorzeitiger Dementia senilis, dessen eigenartige amnestische Aphasie und gemischte Apraxie durch stärkere At linken Hemisphäre, insbesondere des unteren Scheitellappens und und dritten Schläfenwindung erklärt sind; die Apraxie bezeichnet mischte, weil ihr Hauptanteil der ideomotorischen (*Liepmanns* ide ein geringerer Teil auf die rein motorische Apraxie entfällt. Di daß die Atrophie kaum die Rinde, in hohem Maße aber das M und sich ziemlich genau auf die Assoziationszentren *Flechsigs* b führt zur Prüfung der Frage, ob dieser Prädilektion besondere M grunde liegen. Hypothetisch könnten sie in dem stärkeren Projektionszentren gegen Atrophie, in deren stärkerer Betei der *Lissauer*schen Paralyse und in der Annahme elektiver (*Wernicke*) gesucht werden, am zutreffendsten aber in Dispo Hypoplasie.

Masoin, Paul, Epileptiform attacts during the course of praecox. The journal of nerv. & ment. disease. S

In zwei Fällen wurde einmaliger kurzer Anfall von Kr dritten wiederholte Anfälle, in allen aber ohne Bewußtseinsverlust zwei weitere zeigten klassische und häufige epileptische Anfälle in ihnen Entladungen der motorischen Spannung der Katatoniker.

Bliss, Epidemic multiple neuritis of obscure origin. Th of nerv. & ment. disease. Dezember.

Von 250 Insassen einer Anstalt erkrankten 24 (23 männlic liche) an multipler Neuritis, auf 50 Epileptische kamen 14 Erkr Ursache war unbekannt. Sieben starben an interkurrenten Krank übrigen genasen nach durchschnittlich achtmonatiger Krankheitsd

D'Orsay, Hecht, A study of dementia praecox. The j nerv. & ment. disease. November—Dezember.

Verf. gibt einen historischen und klinischen Überblick übe von der Dementia praecox im Rahmen der Anschauungen *Kraepe*

Digitized by Google

Paralyse und syphilitische Psychosen.

Ref.: Schlüter-Gehlsheim.

inichi, Rückenmarksbefunde bei progressiver Paralyse ihre Bedeutung für das Zustandekommen der reflekto-nen Pupillenstarre. Aus der psychiatrischen und Nerven-k zu Kiel. Archiv für Psychiatrie, Bd. 40.

at das Rückenmark von 43 Paralytikern untersucht und nur in elben keine Veränderungen gefunden. 35 mal bestand kombinierte g von Seiten- und Hinterstrang, 6 mal isolierte Erkrankung des ges und einmal des Seitenstranges. Totale Lichtstarre der Pupillen Patienten gehabt, gesteigerte Kniereflexe 26, fehlende Kniereflexe 13, ungleiche 2.

glich der anatomischen Grundlage für das Zustandekommen der hen Pupillenstarre wendet *N.* sich gegen die Ansicht *Reinhardts*, e Degeneration in der Zwischenzone des oberen Halsmarks als etrachtet. Denn in einem der Fälle *N.*s war, obgleich ausge-Pupillenstarre bestanden hatte, das Rückenmark ganz intakt, einem anderen trotz totaler Degeneration der Zone nur träge orhanden gewesen war.

eichten Hinterstrangerkrankungen, welche man bei Paralyse meistens hinsichtlich der Lokalisation den tabischen nicht gleichzusetzen. gung der hinteren Wurzeln ist in den einzelnen Abschnitten des kes sehr verschieden, der Prozeß ist kein rein segmentweise fort-r. Auch kommt eine über die graue Substanz hinweg auf den g übergreifende Degeneration der Hinterwurzeln bei Tabes nicht vor.

Über Dementia paralytika nach Unfall. Aus dem ischen Krankenhause zu Crefeld. Neurolog. Zentralblatt. 4.

Trauma wird von der Mehrzahl der Autoren bei der Ätiologie e nur eine untergeordnete Bedeutung zuerkannt, und Fälle, in Trauma die alleinige Ursache bilden soll, werden daher mit großem ufgenommen. Unter diesen Umständen verdient die von *R.* ver-genaue Beobachtung ein besonderes Interesse.

nem ausnehmend kräftigen, durch keine erbliche Belastung oder rankung disponierten Manne zeigten sich in unmittelbarem An-nen Unfall (Fall auf die Gesäßgegend beim Tragen eines schweren ächst nur heftige Kreuzschmerzen, nach einem Vierteljahr dagegen Pupillenreaktion, schwerfälliger, steifer Gang. Nach zehn Monaten

nisches Gehirnleiden. Noch sieben Monate später Verwirrthei
reflektorische Pupillenstarre, gesteigerte Sehnenreflexe, Paresen u
störung. Dann epileptiforme Anfälle und rascher psychischer V
Jahr und sieben Monate nach dem Trauma plötzlicher Exitus. Di
zeiten noch nicht ganz sichere Diagnose auf progressive Paral
durch den makroskopischen und mikroskopischen Befund bei d
zweifellos. — Für die praktische Begutachtung würde man in di
die Paralyse ohne Frage als Unfallkrankheit anerkennen müssen.

Hudovernig und *Guszmann*, Über die Beziehungen der
Syphilis zur Tabes dorsalis und Paralysis progressi
der Universitätsklinik für Psychiatrie und aus dem d
gischen Institut in Budapest. Neurolog. Zentralblat

Die Verf. haben 50 an tertiärer Syphilis leidende Kranke,
seit der Infektion wenigstens drei Jahre verflossen waren, auf Pa
Tabes untersucht (24 männliche, 26 weibliche). Das Alter der
schwankte zwischen 24 und 64 Jahren, die Zeit seit der Infektio
3 und 30 Jahren. Es fanden sich Tabes in 24 %, Paralyse in 1
paralyse in 8 %, kombinierte Systemenerkrankung in 2 %, und
Nervensystem in 44 %. Als verdächtig wurden 8 % bezeichnet, de
ganz denen der Tabiker entsprachen, bei denen jedoch mangels
Befunde die Diagnose nicht gestellt werden konnte. Heredität
unter 28 Fällen 11 mal (39 %). Von diesen elf litten 64 % an
Paralyse, von den Unbelasteten nur 41 %, mithin scheint die Her
erhebliche Rolle zu spielen in dem Sinne, daß bei bestehender S
erblich Belasteten leichter an Paralyse und Tabes erkranken. E
auf die Beschleunigung der Krankheitsentwicklung läßt sich dag
nachweisen.

Ein enger Zusammenhang zwischen Tabes, Paralyse und Syph
zweifelhaft. Ob aber die ersteren nur durch Syphilis bedingte, al
nicht identische Erkrankungen des Zentralvervensystems sind, od
besondere Manifestationen der Syphilis, ist zurzeit noch nicht zu e

Fischer, Über die syphilogenen Erkrankungen des
Nervensystems und über die Frage der „Syphilis
nerveux“. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde

In der vorliegenden Arbeit sind von den syphilogenen Erk
des Nervensystems hauptsächlich Tabes und Paralyse berücksichtig
besondere verwertet für die Entscheidung der Frage, ob es ein
Art des luetischen Virus gibt, welche mit Vorliebe das Nervensysten
Zu diesem Zwecke ist das gesamte Material in vier Gruppen geteilt:

ile Tabes, Taboparalyse, Paralyse usw. mit Lues, 2. syphilogene nkheiten bei Ehegatten, 3. Fälle von Tabes, Taboparalyse, Paralyse en syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems sowie chformen, 4. Gruppenerkrankungen aus einer gemeinsamen be-nfektionsquelle bei mehreren Individuen ohne verwandtschaftliche iäre Beziehungen und sonstige einheitliche Schädlichkeiten. — lehrreich ist die letzte, wenn auch kleinste Gruppe, weil der-uppenerkrankungen ohne syphilitische Infektion bisher nirgends n sind, also höchst wahrscheinlich überhaupt nicht vorkommen.

Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der anatomischen ndlage der „syphilitischen Spinalparalyse". Deutsche schrift für Nervenheilkunde, Bd. 29.

t auf Grund seiner 1902 veröffentlichten Zusammenstellung der bis-gebnisse anatomischer Untersuchungen bei „syphilitischer Spinal-gefunden, daß dieser Symptomenkomplex eine mehrfache anatomi-dlage haben kann, nämlich 1. eine chronische fleckweise Myelitis mit auf- und absteigender Degeneration, 2. eine solche kombiniert er Pyramidenstrangdegeneration, 3. eine Pyramidenstrangdegeneration 4. eine kombinierte Strangdegeneration, d. h. eine in den Hinter-strängen primär auftretende Erkrankung. Er kann den früheren t noch eine eigene Beobachtung hinzufügen.

Herr, welcher sich im 30. Lebensjahr syphilitisch infiziert hatte, 57 Jahren folgende Erscheinungen: leicht spastischen Gang, he Steigerung der Sehnenreflexe, Myosis und Trägheit der Licht-er Pupillen und geringe Blasenstörung. Dieser Befund blieb bis n 70. Jahre erfolgenden Tode im wesentlichen unverändert. Die gab mäßige Degeneration der *Goll*schen Stränge im Cervikal- und k, der Pyramidenseitenstränge im Lendenmark und ganz geringe generation im mittleren und unteren Dorsalmark und daneben ckung der Gefäße ohne spezifischen Charakter und leichte Meningitis Es handelte sich also um eine kombinierte Strangerkrankung mit relitischer Affektion.

Zur Paralyse-Tabes-Syphilisfrage. Neurolog. Zentralblatt, 1.

zehnjähriger Junge, dessen syphilitischer Vater an Tabes litt und infiziert hatte, bot seit zwei Jahren Erscheinungen von progressiver Intelligenzschwäche, Silbenstolpern, Pupillenstarre, *Romberg*, un-d gesteigerte Patellarreflexe). Eine hereditäre Lues ist dem Verf.,

nommenen Schmierkur unwahrscheinlich. — Ein anderer ebenfalls z
Junge, der von luetischen Eltern stammte, litt an Paralyse und Ta
Fälle sprechen für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Sy
Paralyse.

Als Beispiel für Syphilisätiologie bei Tabes führt *M.* noch e
an, der mit 52 Jahren Lues akquirierte und mit 67 Jahren Tal
Ein so spätes Auftreten von Tabes ist selten und entspricht o
ebenfalls ungewöhnlich späten Infektion.

Vogt und *Frank*, Über jugendliche Paralyse. Aus der P
Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen. Deutsche med.
schrift, Nr. 20.

Bei einem imbezillen Jungen, der in den ersten Lebensjahr
und „Hirnentzündung" durchgemacht, trat vom zehnten Jahre ab z
Verschlechterung ein: körperlich epileptiforme Anfälle, Steigerung d
réflexe, Ungleichheit und träge Reaktion der Pupillen, starke Beein
der Motilität und Sprachstörung; geistig Abnahme der ohnehin sch
intellektuellen Fähigkeiten und des Gedächtnisses, daneben groß
und unsinnige Größenideen. — Zur Zeit des Berichtes waren seit
des körperlichen und geistigen Verfalls bereits sechs Jahre verflo
Lues war in der Anamnese nichts bekannt, doch halten Verf.
*Hutchinson*schen Zähne eine erbliche Belastung für wahrscheinlich

Kornfeld-Gleiwitz, Traumatische Geistesstörung. Idiop
allgemeine Paralyse? Alkoholische Pseudoparalyse
Sachverständigen-Zeitung, 1905. Nr. 10.

Ein 42 jähriger Arbeiter, der früher stärker getrunken und s
den Eindruck eines geistig Minderwertigen gemacht hatte, fiel a
1904 von der Kellertreppe und zog sich eine Verletzung des Rü
Kopfes zu. Nach dem Unfalle deutliche Zunahme der Geistes
Kopfschmerzen, Herabsetzung der Sensibilität an den Beinen,
Patellarreflexe und Sprachstörung. Bei der Aufnahme ins Kranke
17. August Diagnose: Paralytische Geistesstörung. Auf Jodkali ras
rung und Entlassung (22. September). Mai 1905 mehrmals heftige
Bei der zweiten Aufnahme (17. Mai) fast starre Pupillen. 24. M
Die Sektion ergab unter anderem Leptomeningitis und starken Hyd
internus. — Das Gutachten ließ die Frage, ob Demenz infolge von
mus vorläge oder die demente Form der Paralyse, unentschiede
aber, daß der Alkohol jedenfalls nicht alleinige Ursache der tödlich
heit gewesen sein könnte, sondern der Unfall als auslösende Urs
sehen werden müßte. Mindestens wäre ein Zusammenhang zwisch

ge des Alkoholismus aufgetretenen Paralyse hatte keine genügende

feld-Berlin, Die Unterschrift der Paralytiker. Aus der xis der Lebensversicherung. Ärztl. Sachverständigen-Zeiung, 1905. Nr. 6.

hat die Sterbefälle einer Lebensversicherung durchgesehen, bei denen an Dementia paralytica nach kurzer Versicherungsdauer eingetreten führt 18 Proben von Namensunterschriften an. Bei sieben derselben liche Merkmale von Paralyse zu erkennen, während nur vier ganz tig erscheinen können. Der Zeitraum von der Aufnahme in die ung bis zum Tode schwankte zwischen zwei Wochen und fünf Jahren. r Wichtigkeit der Schrift für die Diagnose der Paralyse verlangt *F.*, n das vertrauensärztliche Attest die Frage aufgenommen werden, derungen in der Schrift zu konstatieren seien, und man solle sich der Namensunterschrift begnügen, sondern noch etwa Wohnung und hinzufügen lassen.

öller, Zum Kapitel der konjugalen Paralyse. Aus der vinzial-Irrenanstalt Osnabrück. Ärztl. Sachverständigenung, 1905. Nr. 2.

dem von *M.* beschriebenen Falle hatte der Ehemann seine Frau nfiziert, und beide erkrankten etwa zu gleicher Zeit an Paralyse, de bei ersterem das Leiden längere Zeit verkannt, so daß seine in die Anstalt erst nach zwei Jahren erfolgte, nachdem er sein demoliert und sein Vermögen verschleudert hatte und mit dem Straf-Konflikt geraten war. Verf. weist darauf hin, daß, wenn sich nach ng des ersten Ehegatten an Paralyse auch bei dem andern Symptome Störung zeigen, man auch hier sogleich den Verdacht auf Paralyse d für rechtzeitige Anstaltsbehandlung sorgen müsse, wodurch viel rmieden werden könne. Leider aber seien die psychiatrischen e bei dem Gros der praktischen Ärzte nicht ausreichend, um eine ge Erkennung dieser folgenschweren Geisteskrankheit zu ermöglichen.

, Über die syphilitischen Erkrankungen der Basilararterien Gehirns. Aus der Klinik für Nerven- und Geisteskranke Klausenburg. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 30.

von *F.* ausführlich mitgeteilten drei Fälle waren in der Art und r Erkrankung histologisch sehr verschieden, im Endresultat aber

Digitized by Google

dieser Verschiedenheit erklärt Verf. den Umstand, daß die Autore
Intima, bald die Media und bald die Adventitia für primär erkra
während seiner Ansicht nach das Virus der Syphilis alle drei Gefä
gleichzeitig unabhängig voneinander befallen kann. Das Gefäßlu
schließlich oft ganz verlegt und die nun außer Ernährung gesetzten
Gehirns verfallen der Erweichung. — Die Erkrankung war in
Fällen sehr verbreitet und dementsprechend auch die Erweichung.
im ersten Falle hauptsächlich den rechten Stirnlappen, den linl
centralis und Schläfenlappen und beide Corpora striata; im zw
vorderen Pol des rechten Temporallappens und beide Corpora s
dritten ebenfalls beide Streifenhügel und außerdem den linken L
Die Corpora striata scheinen demnach eine Vorzugsstelle für die E
bei syphilitischen Gefäßerkrankungen an der Hirnbasis zu sein.

Draeseke-Hamburg, Progressive Paralyse und Chorea.
städtischen Irren- und Siechenhause zu Dresden.
schrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XVII.

Choreatische Bewegungen kommen bei Paralyse im letzte
nicht gerade selten vor (7,2 %), dagegen sind sie im Anfange der
her nur in vier Fällen beschrieben worden, und zwar von *Golgi*, *S*
Simon und *Mendel*. Diesen fügt Verf. noch vier eigene Beobachtu
zu, in denen die Chorea ein hervorragendes Symptom bildete.
war das Krankheitsbild bei allen vier ein sehr ähnliches und ent
wesentlichen dem der von *Binswanger* als „hämorrhagisch" be
Form der Paralyse: akutes Einsetzen schwerster Krankheitsersch
Unorientiertheit, starke halluzinatorische Erregungszustände und
motorische Reizerscheinungen bei rapidem geistigen Verfall; a
finden sich miliare Blutungen im Gehirn.

Das Auftreten von choreatischen Bewegungen im Verein m
schweren Krankheitserscheinungen beim Beginn einer Psychose
Dezennium muß nach *D.*s Ansicht stets den Verdacht auf Paralyse

Gieseler, Paralyse und Trauma. Aus der psychiatrische
in Königsberg. Archiv für Psychiatrie, Bd. 40.

Aus der von *G.* aufgestellten Übersicht über die einschlägige
geht hervor, daß nur wenige Autoren einem vorausgegangenen T
Bedeutung eines ätiologischen Momentes für die Entstehung der pr
Paralyse einräumen. Die große Mehrzahl läßt nur die Schaff
Locus minoris resistentiae durch Kopferletzung gelten, resp. die Ver
rung einer schon bestehenden Paralyse. Als einzige Ursache g
Trauma keinesfalls, doch kann es ein dem paralytischen sehr
Krankheitsbild hervorrufen, das sich aber doch in wichtigen Punkt

eine erhebliche Verletzung die Entstehung der Paralyse so fördern, ankheit praktisch doch als Folge des Unfalls anzusehen ist. — inen Zusammenhang nur dann annehmen, wenn vor dem Trauma er Nachforschungen keine Erscheinungen von Paralyse nachzu-, wenn die Verletzung eine sehr beträchtliche gewesen ist, und tung weder allzu früh noch allzu spät nachher auftritt.
en sechs vom Verf. beschriebenen Fällen war nur bei zweien ein Zusammenhang anzunehmen.

R., Two cases of syphilitic disease of the cervical spine. journ. of nerv. & ment. disease. February.

t über zwei Beobachtungen ohne anatomischen Befund, aus denen erabteilung cervikaler Spinalsyphilis bilden möchte, charakterisiert ensteifigkeit mit Schmerzpunkten bei tiefem Druck, neuralgische mit vorzugsweise nächtlichen Schmerzparoxismen, Fehlen sensibler scher Lähmungen, Heilung durch spezifische Behandlung.

Matusch.

Pelletier, Madeleine, Le mal perforant dans la para- générale. Revue de Psychiatrie. November.

nsichten über die Entstehung des Mal perforant gipfeln in drei er Ursachen: lokale Gefäßerkrankung, zentrale Läsion der vaso- Zentren oder der Ganglien oder der Wurzeln, und allgemeine oder Infektion. Den drei mitgeteilten Fällen lag Alkoholismus, abetes nach voraufgegangenem Botulismus zugrunde. Gemeinsam drei Fällen, daß das Mal perforant die Manifestierung der Para- ete und seine Heilung mit Remission der Paralyse einherging. Die rfolge artefizieller Eiterung, die sich auf diese alte Beobachtung , erklären *M.* und *P.* etwas gewaltsam damit, daß in der spon- ung eine Selbsthilfe des Organismus zur Ausscheidung schädlicher rblicken sei, welche die artefizielle Eiterung nicht entfernen kann.

Matusch.

G., Progressive Paralyse? Münchener medizin. Wochen- ft. Nr. 8.

yphilitisch gewesener Kaufmann träumte mit Verfolgern zu ringen eim Erwachen, daß er seine Frau fast erwürgt hatte: einige Wochen mte er, mit Licht etwas suchen zu müssen, und erwachte, ein Zündholz in der Hand. Belastung, Wutausbrüche seit der Kind- lmißbrauch machen doch zweifelhaft, ob, wie *K.* annimmt, Epilepsie eschlossen" ist.

Matusch.

Digitized by Google

Titius, Über eine eigenartige Form der jugendlichen
Inaugural-Dissertation, Königsberg.

Von Kindheit auf mäßig schwachsinniges 24jähriges Mäd
leugnete Lues, hatte aber differente, lichtstarre, entrundete Pu
einjährige Verlauf der Paralyse bot nichts Besonderes. Endarteri
von *Heubner*schem Typus.

Näcke, Syphilis und Dementia paralytica in Bosnien. Neur
Zentralblatt, Nr. 4.

In der Tatsache, daß in Bosnien, wie in anderen von de
Kultur wenig berührten Ländern, die Seltenheit der Paralyse in
hältnis steht zu der weitverbreiteten Syphilis, sieht *N.* einen Beweis,
hirninvalidität die Ursache der Dementia paralytica ist. Lues sei bei
und meist angeborener Disposition zur Paralyse eine weitere ur
figste Vorbereiterin des Leidens, gewöhnlich aber nicht mehr.

Marie, Paralysie générale et syphilis chez les arabes. L
revue mensuelle, Bd. 4.

Aus der Statistik der Irrenanstalt Abbassich bei Kairo ergi
die Paralyse bei den ägyptischen Arabern ziemlich häufig ist, sie
6% der Aufnahmen, Syphilis war in ca. 80% des Bestandes P
zu ermitteln und in einem erheblich höheren Prozentsatz als
paralytischen Geisteskranken, der Zeitraum zwischen Infektion u
betrug im Mittel 5—10 Jahre, spezifische Behandlung hatte se
stattgefunden. In 40% wirkte außer Syphilis noch Alkoholmißbra
Haschisch und Pellagra. Im Verlauf und dem Obduktionsbefunde
nichts Ungewöhnliches, die demente Form überwog. Der Proz
Paralyse in der Bevölkerung ist viel höher einzuschätzen, weil viel
in der Heimat bleiben und schlechter Behandlung und barbaris
erliegen. *M.* erwähnt die Schwierigkeit, Störung der Sprache u
reaktion bei Arabern zu diagnostizieren.

Roemheld, Über den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex
lues. Archiv für Psychiatrie, Bd. 41, Heft 2.

Das *Korsakoff*sche Syndrom ist bei Hirnlues noch nicht
worden, allerdings konnten, wie *R.* ausführte, in dem vorlieg
diffuse luetische Gefäßerkrankung und Steigerung des intrakraniel
durch ein Gumma für das Zustandekommen herangezogen worde
letztere sprachen Stauungspapille, Anfälle von Schwindel und B
verlust und mäßiger Stupor. Einfache Schmierkur schien ohne

. neigt am meisten zu der Erklärung des *Korsakoff*schen Syndroms ebenen Falle durch luetische Intoxikation. *Matusch.*

W. A., Early ocular signs of Dementia paralytica. The n. of nerv. & ment. disease. November.

1 Fällen von Dementia paralytica im frühen Stadium fand sich Bigkeit der Form in 70%, Ungleichheit in 45%, fehlende sensorische n 87%, Lichtstarre in 28%, fehlende Konvergenzreaktion in 9%, Inge in 55% Echte und alkoholistische Pseudoparalyse zeigten hierin erschied. *Matusch.*

Cl., L'étiologie de la paralysie générale d'après les ussions de l'Academie de Med. et les nouvelles recherches a syphilis expérimentale. Rev. de psychiatr. 1905. Nr. 8.

ausführliche Mitteilung über die Ansichten der französischen über den ätiologischen Zusammenhang zwischen der Syphilis und ssiven Paralyse, die beweist, daß bislang über keine Frage eine keit erzielt ist. Vielleicht sind die experimentellen Untersuchungen yphilis in der Lage, einige Klarheit zu bringen. Im übrigen muß iginal verwiesen werden. *Behr*-Lüneburg.

d, L., Du rôle etiologique de la syphilis dans les hoses. Revue de psychiatrie. 1905. Nr. 5.

kommt auf Grund seiner Beobachtungen über die Bedeutung der der Ätiologie der Psychosen zu folgenden Resultaten: die Syphilis rch ihre toxische Wirkung bei prädisponierten Individuen Psychosen fen, doch sind diese Fälle nur selten. Die Geistesstörung bricht Falle fast stets in den der Infektion folgenden Monaten aus. Mit schen Störungen zusammen finden sich häufig spezifische Erkran- Haut. Jede Syphilis, ob leicht oder schwer, vermag psychische hervorzubringen. Es handelt sich dabei am häufigsten um Fälle cholie, Manie, halluzinatorischer Verwirrtheit und um stuporöse Die Prognose dieser Seelenstörungen ist eine gute, sie gehen n Genesung aus, dabei kürzt die Behandlung der Syphilis meist der psychischen Erkrankung ab. Die Syphilis vermag auch durch drische Ideen melancholische Störungen und Neigung zum Selbst- eranlassen. *Behr*-Lüneberg.

Damaye, Henri, Tentative homicide commise par une p
générale avec tendances melancoliques. Revue de p
1905. Nr. 5.

Es wird, unter Mitteilung eines Falles, auf die Gefahren
die auch seitens paralytischer Kranker besonders in Depressio
durch Mordversuche auf ihre Umgebung drohen können. *Behr-*

Shepherd Ivory Franz, The reeducation of an aphasie
of philosophy, psychology and scientific methods. 19

Verf. hat mit gutem Erfolg versucht, in einem Falle von
Aphasie durch methodische Übungen die Sprache gewissermaßen
erziehen. Er empfiehlt dieses Verfahren in allen denjenigen Fälle
das Befinden des Kranken es gestattet. Dabei muß mit einer g
sicht vorgegangen und ein zu intensives Üben vermieden werde
gilt das besonders für die Fälle, bei denen die Aphasie die
Blutung in das Gehirn ist, weniger bei den durch Embolie
Aphasiestörungen. Eine tägliche morgens und nachmittags vo
Übung von wenigen Minuten ergibt bald eine erhebliche Besserun
übernehmen andere Teile des Gehirns und besonders die rechte
die Funktion der ausgefallenen Hirnteile. *Behr-*

Cotton, Henry, A., A contribution to the study of the
general paralysis and tabes dorsalis. American
insanity. April 1905.

Verf. kommt auf Grund der Literaturangaben über das Ve
progressiven Paralyse zur Tabes dorsalis und einer größeren An
ausführlich mitgeteilter Fälle zu folgenden Schlüssen:

1. Die klinische Tabes und die Paralyse stimmen in viele
sowohl in der Ätiologie wie in der Symptomatologie und im Verl
2. Das Vorkommen beider Erkrankungen bei demselben Individu
mehr als ein zufälliges Zusammentreffen. 3. Die Symptome bei
paralyse sind identisch mit denen der progressiven Paralyse
wenn beide Krankheiten getrennt auftreten. Sie unterscheide
sprechend den anatomischen Veränderungen nur in dem Gra
klinischen Erscheinungen der Taboparalyse liegen die gleichen a
Veränderungen zugrunde, wie jeder einzelnen der beiden Krankhe
anatomischen Veränderungen in den Hintersträngen und der
Charakter der Erkrankung ist bei der Taboparalyse der gleiche
Tabes, auch stimmen die Befunde in der Rinde mit denen bei der
Paralyse überein. 6. Die Frage, ob die Paralyse und die Tabes

gen sind, läßt sich zurzeit bei der unbestimmten Pathogenese r entscheiden, wenn auch manches dafür spricht.

Behr-Lüneburg.

Pelletier, Le mal perforant dans la paralysie générale. e de psychiatrie, Nr. 11. Novemb. pag. 469.

rden drei Fälle mitgeteilt, in denen bei Paralytischen Hautgangrän Ben auftrat, einmal nach dem Genusse von verdorbenem Fleisch. ung wird die Annahme vasomotorischer Störungen, welche von Alorgan abhängig sind, der Erklärung durch die geringere Wider- keit der Gewebe und der Annahme von Infektion vorgezogen.

Snell.

r, Les escares dans la paralysie générale. Revue de hiatrie. Oktober. pag. 397.

chädigungen der Haut, welche häufig bei Paralytischen, besonders stadium der Krankheit, beobachtet wurden, galten früher allgemein he, zum Wesen der Krankheit gehörige, unvermeidliche Störungen. nkreich werden gegen diese Auffassung Zweifel erhoben. *Vigouroux* vermittelnde Stellung ein. Er meint, die Paralytiker seien durch kung ihres Nervensystems zu gangränösen Prozessen in der Haut rt; bei ihnen würden durch Druck, Unreinlichkeit, lokale Infektion örungen hervorgerufen, welche bei anderen Menschen nicht auf- en. Neben den vermeidbaren Fällen von Gangrän gebe es auch che, so daß man dem Wartpersonale oder dem Arzte niemals das gangränöser Hautprozesse bei Paralytischen an sich zum Vor- nen dürfe.

Snell.

s, A case of developmental general paralysis. The Journal ental science. Januar 1904.

von progressiver Paralyse bei einem 16jährigen Menschen. Der e Syphilis gehabt und war mit 50 Jahren an Paralyse gestorben. wurde mit dem Zeichen hereditärer Syphilis geboren. *Ganter.*

atistical observations on general paralysis. The Journal ental science. Juli.

hat 131 männliche Paralytiker klinisch und pathologisch-anatomisch Von der klinischen Seite ist interessant, daß Verf. glaubt, die lauer nehme ab. Das Durchschnittsalter der Aufgenommenen betrug

Digitized by Google

77 % der Aufgenommenen waren verheiratet. Die pathologisch-

anatomische Untersuchung ergab, daß in ¾ der Fälle Pac
haemorrhagica vorlag. Die weichen Häute hafteten fast immer
weniger fest der Rinde an. Regelmäßig zeigte der vierte Ventr
lationen.

Graham, A case of general paralysis of the insane, with
meningomyelitis. The Journal of mental science.

Die Differentialdiagnose schwankte anfangs zwischen Sk
Paralyse. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung zeigte,
um Paralyse auf syphilitischer Basis handelte. Die Meningomy
vom Rückenmark aus auf das Gehirn übergegriffen.

8. Epilepsie und Hysterie.

Kinberg, O., Om den metatrophiska behandlingen af
Allmänna Svenska Läkartidningen 1904, Nr. 30—3

Verf. resümiert erst die verschiedenen Meinungen betreffs
logischen Fundamentes dieser von *Ch. Richet* und *Ed. Toulouse* e
Methode, Epilepsie mit Hypochlorierung und gleichzeitiger Zufuhr
salzen zu behandeln, und referiert demnächst die bis dahin übe
hiermit publizierten Arbeiten, welche zeigen, daß auch betreffs des
schen Wertes der Methode die Ansichten sehr divergierend sind.
indessen hier, wie die ungünstigen Schlußfolgerungen von *Hel*
Pandy wegen ihrer kurzen Behandlungszeit (fünf Wochen — ein M
unsichere sein müssen, da der Effekt — nach *Laudenheimer* — j
der Menge des in den Organismus deponierten Broms, als auf der
täglichen Bromdosis beruht, weshalb es auch ganz klar ist, daß
Wochen dauern kann, bevor die Behandlung das Maximum von W
reicht hat.

Verf. berichtet so über 30 eigene Fälle mit einer Behandlu
höchstens 1¾ Jahren (nämlich vom 1. Juli 1902, da wir mit den
Fällen begannen, bis 1. April 1904), wenigstens zwei Monaten u
schnittlich 14,7 Monaten. Im Anfang bekamen die Kranken
(2—3 l täglich) und Eier (4—6 täglich), dann auch Margarine (25
und ungesalzenes Brot (250 g täglich). Jene Diät entwickelt 1665
lorien, diese 2775—3590. Die größte Zufuhr von NaCl wurde zu
4 g täglich berechnet. Von Bromsalzen wurde nur NaBr angewe
Anfangsdosis war im Jahre 1902 immer nur 2 g täglich, dann im

Die grösste Dosis pro die war für die Frauen 4 g und für die Männer
einem Falle 6 g. Durchschnittlich war die tägliche Dosis etwa 3 g.
einer guten Behandlungsmethode für Epilepsie hat man nach dem
u fordern: 1. Verminderung der Frequenz und Intensität der An-
nstige Einwirkung auf den psychischen Zustand der Kranken und
eine ungünstige Einwirkung auf die Prognose der Krankheit.
fs des ersten von diesen Punkten ist das Resultat sehr günstig
ndem wir in 22 Fällen eine entschiedene Verminderung der An-
tieren konnten. In zwei von diesen kamen gar keine Anfälle vom
r Behandlung an vor, und bei einem anderen, der während zwölf
lständig frei von Anfällen gewesen war, stellten sich diese sofort
Behandlung zessierte. Übrigens wurden die epileptischen Insulten
hrzahl von Fällen, wo sie nicht vollständig verschwanden, doch
ndert sowohl hinsichtlich der Dauer als der Intensität. Nicht so
r die Wirkung der Methode auf den habituellen psychischen Zu-
m hier nur in sieben Fällen eine recht erhebliche Verbesserung
wurde, während in zwei Fällen sogar eine augenfällige Ver-
ng eintrat und in der Mehrzahl der Fälle überhaupt gar keine
g konstatiert werden konnte. Dagegen zeigte diese Behandlungs-
bedeutendem Grade die Fähigkeit, die Entstehung von epilepti-
ien und Dämmerzuständen zu verhüten, denn in 14 Fällen, wo
chischen Äquivalente früher ganz oft vorkamen, hörten sie nach
Behandlung vollständig auf.
fs der Einwirkung auf den körperlichen Gesamtzustand ist zu er-
ß Intoxikationssymptome von gelindem Grade ziemlich gewöhn-
(nämlich bei sechs Männern und fünf Frauen), während schwerere
in fünf Fallen (alle Frauen) vorkam. Das Körpergewicht zeigte
r Behandlung im allgemeinen eine Zunahme, die oft ganz bedeu-
Nur in vier Fällen trat eine Verminderung des Gewichtes ein,
esen endigten drei letal. Insgesamt starben sechs von den Be-
der eine an Phthisis pulmonum. Die übrigen fünf Fälle, zu denen
iejenigen zählt, bei denen der Behandlung eine gewisse Bedeutung
ende Todesursache beizumessen ist, kann man in zwei Gruppen
n der einen von diesen (drei Fälle) traten schwere Vergiftungs-
ein, wozu dann Anzeichen einer Infektion kamen, die binnen ein
zu Mors führte. Die Sektion zeigte hier in einem Falle Enteritis
rditis acuta, in einem anderen Bronchitis acuta und Endocarditis
dem dritten Septichaemia, hervorgerufen durch Angina tonsillaris.
hrung spricht also sehr für die Wahrscheinlichkeit, daß Hypo-
(und Brom) die Widerstandskraft des Organismus gegen Infek-
indern kann. In den zwei anderen Fällen waren die Intoxikations-
ur von ziemlich gelindem Grade, und doch traten Herzschwäche
er Ausgang sehr bald ein. Indessen wurde in diesen beiden

Digitized by Google

Die Behandlungsmethode ist demnach bei weitem nicht gefä
wegen meint Verf., daß man ganz bestimmte Kontraindikationen
muß. Als solche nennt er nun 1. alle Herzkrankheiten, 2. solche
die das Herz besonders anstrengen (Nephritis, Emphysema
3. Obesitas (auch während der Behandlung entstanden) wegen
von Herzveränderungen. Schließlich betrachtet er eine andauern
des Körpergewichts nach Beginn der Behandlung als ein Signum
das eine bestimmte Indikation bildet, mit dieser aufzuhören. Beo
diese Vorsichtsmaßregeln, glaubt Verf., daß die Gefährlichkeit
sehr vermindert wird, und hält fest an der Berechtigung der Me
ihres großen therapeutischen Effektes. Betreffs ihrer Einwirku
Prognose der Krankheit betont er, daß sie nach unserer Er
Fähigkeit besitzt, die Entstehung von Status epilepticus (nach
sonst für 47,6% von allen Epileptikern die Todesursache) vo
verhindern. Indessen rät Verf., nur mit 2—2,5 g Brom zu be
die Dosis erforderlichen Falls sehr vorsichtig zu vermehren, und
daß größere Dosen (4—5 g) eine sehr genaue Aufmerksamkeit er
Vergiftung (die zum Teil als eine Folge von NaCl-Mangel betr
zu vermeiden, indem man bei beunruhigenden Symptomen die
sofort vermindern eventuell ganz einstellen muß und gleichzei
NaCl täglich geben kann, um die Eliminierung von Brom zu erl

Alfr

Eulenburg, A., Die Hysterie des Kindes. Berlin,
Simion Nachf. 1905. 38 S.

Nachdem *A. Freund* in der Sammlung von *Karewski*: Moder
Bibliothek, die Hysterie bearbeitet hat, bespricht hier *E.* die
Kindes. Er läßt hier nur das gelten, was sich vor vollendeter
spielt. Den Abschluß der Pubertätsentwicklung bildet beim
Geschlecht das vollendete vierzehnte Lebensjahr. *U*

Mörchen, Epileptische Bewußtseinsveränderungen von
licher Dauer und forensischen Folgen. Monats
Psych. u. Neurol. Januar 1905.

Es handelt sich um einen jungen Mann, in dessen Famil
bereits mehrfach vorkam, und der seit seinem 22. Lebensjahre an offe
tischen Bewußtseinsstörungen leidet, wo er triebartig die Wohn
und sich ans Wandern gibt. Zuerst dauerte diese Wanderung
Tage, später einige Monate. Plötzliches Erwachen. Pat. findet
je nach der Dauer der Störung, in näherer oder weiterer Ent
seiner Heimat wieder. Diese Anfälle kehren in ungleichen
wieder, sind auch mal ein Jahr ausgeblieben. In letzter Zeit lä

ieser Anfälle allerlei Betrügereien oder dergl. zuschulden kommen.
llständige Amnesie. *Umpfenbach.*

H., Über Bromeigon und Peptobromeigon in der Behand- der Epilepsie. Psych.-Neurolog. Wochenschrift. 1905. 44.

eigon ist eine Bindung von Brom an Eiweiß, das Peptobromeigon ndung zwischen Pepton und Brom (*Helfenberg*). Beide Mittel ent- 11% Brom. Die Versuche in Uchtspringe haben gelehrt, daß beide Zahl der Krampfanfälle nicht sonderlich beeinflussen. Die üblen ngen des Broms scheinen aber weniger häufig zutage zu treten. *Umpfenbach.*

, Zur Kasuistik der hysterischen Schlafzustände. Deutsche z. Wochenschr. Nr. 11. 1905.

2jährige Kranke, der in Ostasien Malaria und Typhus überstanden in Europa gelandet, schläft im November 1903, nachdem er einige eftige Kopfschmerzen gehabt hat, plötzlich neben seinem Fuhrwerk drei Tage lang nicht zu erwecken. Nach dem Erwachen große nd Amnesie für die Zeit des Schlafes. Im Frühjahr 1904 wieder Schlaf, im Herbst ein viertägiger, im Dezember zwei mehrtägige, in der Klinik. In den Zwischenzeiten relatives Wohlbefinden. nen oder Malariaplasmodien nicht nachweisbar. Anamnese und eobachtung sprechen für einen Schlafzustand hysterischer Natur. *Umpfenbach.*

Die Bekämpfung des Status epilepticus. Münch. Mediz. nenschr. Nr. 13. 1905.

den Epileptikern in Uchtspringe neigen 3% zum Status epilepticus. leiden vielfach an motorischer Insuffizienz und starker Fäulnis Koprostase kann einen Status epilepticus auslösen, ebenso Alkohol. nn Morphium wirken, starke Nervenreize, sexuelle Exzesse, Sonnenhitze, plötzliches Aussetzen der Bromtherapie u. a. Thera- pfiehlt *A.* zunächst die Überführung in ein stilles, matt erhelltes nn einen hohen Darmeinlauf, dann Brom, Chloralhydrat, Amylen- miol, Opium, am besten per rectum. Brom hilft nicht, wenn der eits unter Brom steht. Chloral bis zu 4 g in zwei Dosen, nicht ur bei kräftigem Puls, sonst lieber Amylenhydrat 2—6 g, event. Bei schwacher Herztätigkeit kann man 10—15 gtt Strophantus- etzen. In schweren Fällen Chloroformnarkose, event. kombiniert offinhalation und Amylen per rectum. Meist genügt wenig Chloro- hnlich ist die Behandlung bei Eklampsie der Kinder und Schwan-

Dölger, R., Hysterische rechtsseitige Taubheit mit glei
Hyperästhesie des äußeren Ohres. Münch. Mediz. Wo
Nr. 14. 1905.

Es handelt sich um ein zwölfjähriges Mädchen, das vor
Trauma capitis erlitten und schon mal an rechtsseitiger Ohreiter
hatte. Jetzt ist der Warzenfortsatz äußerst druckempfindlich, da
des Trichters und die Berührung der Gehörgangswände, insbes
knöchernen unteren Wand äußerst schmerzhaft. Hörweite für Flü
rechts = 0. Stimmgabel a^1 vom Scheitel ins linke gesunde, rech
nicht gehört. Dabei war die Kranke geschwätzig und heiter.
14 Tagen rechts und links normaler Befund. *Um*

Flatau, G., Über einen Fall von traumatischer Hysteri
gewöhnlicher Häufung von Symptomen. Ärztl.
ständigen-Zeitung. Nr. 7. 1905.

Es handelt sich um ein 24jähriges Mädchen, das bereits frü
schluß an einen Shock nervöse Erscheinungen hatte, dann aber jahre
war. Nach einem Unfall — ein Bügeleisen fiel ihm auf den K
wußtlosigkeit und darauf Taubheit und Gefühllosigkeit der link
hälfte. — *F.* fand linkerseits Herabsetzung der motorischen Kraft,
vollständig bis zur Mittellinie, rechts dagegen stellenweise schmerz
empfindlichkeit, die auch im hypnotischen Schlaf bemerkbar blie
der Lageempfindung links. Gehör, Geruch und Geschmack links
als rechts. Sehnenphänomene gesteigert. Das Gesichtsfeld links
geengt in Form des röhrenförmigen Gesichtsfeldes; es wird fast
gesehen. Rechts ist die konzentrische Einengung wesentlich geri
Doppelsehen, Behinderung der Augenbewegung nach rechts und li
keine Spasmen, keine Akkomodationsstörung, Facialis und Hypog
Pupillen reagieren gut. Später auch rechts Sensibilitätsstörungen.
der Schleimhäute. *Um*

Böhmig, H., Hysterische Unfallerkrankungen bei Telepho
Münch. Medizin. Wochenschr. Nr. 16. 1905.

B. bringt hier neun Fälle seiner Praxis, wo Telephonistinnen
schlag in die Leitung oder durch einen sogenannten Induktorschl
waren. In zwei Fällen zeigten beide Körperhälften die krankh
änderungen; in einem Fall waren sämtliche Erscheinungen auf der
Seite, im übrigen auf der vom Unfall betroffenen Seite. Gesichtsfel
in keinem Fall, nur in einem Fall Ermüdungseinengung. Nur in
objektiv nachweisbare Gehörsstörungen. Ein Unterschied zwische
kungen des Blitzschlags und des Induktorschlags war nicht n
Nach dem Unfall keine organischen Veränderungen, auch nicht bei j

Behandlung der Epilepsie nach *Ceni*. Psych.-Neurol. henschr. 1905. Nr. 7.

t die Seruminjektionen bei drei Kranken gemacht, — der Erfolg eich null. *Umpfenbach.*

r. *Uchtspringe*, Einiges über Lithium carbonicum bei psie. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905. Nr. 12.

Einfluß auf Zahl und Verlauf der epileptischen Anfälle ist nicht worden, — aber auch keine üblen Folgen nach dem Gebrauch . *Umpfenbach.*

Ein Fall von doppelseitiger hysterischer Nackenmuskel-raktur. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung. 1905. Nr. 23.

1jährige Arbeiter leidet über Jahresfrist an der Kontraktur; der ktrem nach hinten gestreckt, das Gesicht sieht vollständig nach ist der Kopf keiner Schulter mehr genähert. Aktiv ist ein ganz Beugen des Kopfes möglich, dagegen gelingen Seitwärtsdrehungen relativ gut. Nur mit Aufbieten aller Kräfte kann der Kopf nach gt werden. Sonst keine anderen hysterischen Symptome. Der berbefund normal. *Umpfenbach.*

emy, A case of Pseudangina Pectoris in an Epileptic. Journal of mental sc. 1905. January.

9jährige Frau leidet seit dem ersten Wochenbett, d. h. seit acht-n, an Epilepsie. Seit $1^1/_2$ Jahren Angina pectoris. Eltern nicht *Umpfenbach.*

Pearce and L. N. Boston, The blood in epilepsy: riments on animals. Americ. journal of insanity. April

haben in sieben Fällen von geuiner Epilepsie Blutuntersuchungen Sie fanden mit Ausnahme von einem Falle, in dem die Zahl der körperchen nur 7400 im ccm betrug, eine erhebliche Leucocytose 000 weiße Blutkörper im ccm). Bei drei Kranken war die Zahl phonukleären Zellen herabgesetzt, die roten Blutkörperchen waren nnähernd normaler Zahl vorhanden. Überall fand sich eine leichte e, und zwar am stärksten da, wo der Hämoglobingehalt am rabgesetzt war.

rde ferner Kaninchen defibriniertes Blut von Epileptikern in die

Digitized by Google

des Hämoglobingehaltes bei dem Versuchstier von 65 % auf 79 %, 84 %, während sieben Tage nach der Injektion ein Abfall auf 44 % wurde. Die Zahl der weißen Blutkörper stieg innerhalb 24 Stunde ersten Injektion von 8000 auf 12000, nach der zweiten von 1200 im ccm. Bei Verdoppelung der gewöhnlich injizierten Serummenge s der weißen Blutkörper nach 24 Stunden sogar auf 162800 im cc nach zwei Tagen auf 11800. Die eosinophilen Zellen fielen nach d beim Kaninchen von 24 % auf 9 %, stiegen sechs Tage nach der 24 Stunden nach der letzten Dosis dann wieder auf 54 %, die po Zellen stiegen 24 Stunden nach der Injektion von 18 % auf einem anderen Epileptiker, der während der Versuche zahlrei hatte und im Anfall starb, ergaben die Injektionen von defibri in die Bauchhöhle eines Kaninchens ein allmähliches Ansteigen globingehaltes nach jeder Injektion von 50 auf 60 % sechs Tag letzten Injektion. Die Zahl der Leukocyten stieg von 9000 im halb 24 Stunden nach der ersten Injektion auf 14000 und schwa zwischen 10000 und 18000 im ccm. Bemerkenswert war der roten Blutkörperchen von 6000000 auf 2850000 am zwölften Tag ersten Injektion. Erhebliche Schwankungen zeigten auch die und polynukleären Zellen nach den verschiedenen Injektionen. V die schweren Veränderungen im Blut der Versuchstiere auf Wirkung des Blutserums epileptischer Individuen zurückführen Das Nähere muß im Original nachgesehen werden.

Irwin H. Neff, A case of myoclonus epilepsy. Ameri of insanity. Jan. 1904.

Verf. beschreibt einen auf alkoholischer Basis entstandene Myoclonus-Epilepsie, bei dem die Myoclonie dem Ausbruche de epileptischen Anfälle drei Monate vorherging. Brom wurde in d mit gutem Erfolg gegeben.

Binswanger, Hysterie, Wien 1904.

B. hebt als Hauptpunkte in der Geschichte der Hysterie *Sydenham* sie zuerst für eine Nervenkrankheit erklärte, daß *B* das klinische Bild zeichnete und die genitale Theorie beseitigt faßt dann die Hysterie als eine vorwiegend psychische Erkrankun

Die Begriffsbestimmung ist noch nicht absolut sicher zu gebe scheinungen haben Beziehungen zur Großhirnrinde, doch kann alle auf psychische Grundlagen zurückführen, wenn man nicht mit de des „Unterbewußtseins" arbeiten will. Die hysterische Veränder in Störung der Wechselbeziehungen zwischen der psychischen und riellen Reihe. Die Hysterie gehört zu den großen diffusen Neu

en ausgeprägt. Man findet häufig die Kombination mit andern, und funktionellen Nervenkrankheiten, z. B. kommen Hysterie und ie zusammen vor. Man hat „zusammengesetzte“ Erkrankungen, leicher Zeit nur Erscheinungen je einer Neurose vorliegen, „ge- venn beide sich nebeneinander zu gleicher Zeit äußern. Letztere erblich-degenerative Formen mit besonderen Kennzeichen. Auch e können ähnliche Kombinationen stattfinden, die „gemischte“ Form ro-Epilepsie.

logie. Die hysterische Veränderung entsteht auf dem Boden der psychopathischen Prädisposition. Diese kann ererbt, intra- und erworben sein. Die erbliche Prädisposition kann einfach oder sein, erstere zeigt einheitliche Krankheitsbilder, letztere zahlreiche, n früher Kindheit auftretende Degenerationszeichen. Die erbliche st die häufigste Ursache der Prädisposition. Ohne erbliche Be- an die Prädisposition durch Intoxikation (Alkohol, Blei, Schwefel- u. a.) erzeugt werden, ferner durch chronische Infektionskrank- Syphilis und Malaria, während die akuten nur auslösend wirken. vechsel- und Blutkrankheiten können Ausgangspunkt sein, zumal davon nervösen Ursprungs sind. Genitalerkrankungen können e auslösen, aber nicht die Prädisposition erzeugen. Mit und nach Nervenkrankheiten kann die Hysterie auf dem gleichen Boden bei fehlender erblicher Belastung kann durch erstere auch die on für die Hysterie erst geschaffen werden. Auch die gleiche Ursache (Syphilis) kann z. B. Tabes und hysterische Prädisposition Körperliche Erschöpfung und geistige Überanstrengung führen elasteten Individuen wohl selten zu reiner Hysterie, sexuelle Vor- Symptome, aber nicht Ursachen. Der heftige Affektshock kann scheinungen auslösen, er kann der noch schlummernden allge- ropathischen Prädisposition die Richtung nach der hysterischen g geben. Dauernde Gemütserschütterungen können die Hysterie ervorrufen. Imitation und Suggestion können auf Grund neuro- Konstitution die hysterische Veränderung und die einzelnen Krank- nungen hervorrufen. Körperliche Traumen können durch materielle der Nervensubstanz (Commotio) und durch Vorstellungen die Veränderung erzeugen. Die einzelnen hysterischen Erscheinungen ch Ursachen verschiedenster Art hervorgerufen. Mit unseren wirt- Verhältnissen (Zivilisation) ist eine stärkere Zahl von Erkrankungen hen Arbeitsklasse eingetreten, die Rasse wirkt insofern, als Romanen mehr an den schweren Formen leiden. Trotz anscheinend dem enden Statistiken ist das Weib durch seine psychische Organisation hrdet. Mit der Pubertät nimmt die Zahl der Erkrankungen zu, fällt der Beginn durchschnittlich ins 11.—25., beim Manne ins bensjahr. Später beginnende Erkrankungen sind selten, im Alter

Digitized by Google

Symptomatologie. In diesem Hauptabschnitt werden zu
chischen Krankheitserscheinungen behandelt, dann folgen die som
endlich die Paroxysmen. Es ist natürlich unmöglich, den Inhalt
schnittes auch nur andeutungsweise zu schildern, doch möchte ic
daß *B.* die Störungen der Empfindung unter den psychischen
behandelt. Von den Reflexen werden die Haut- und Schleimha
einflußt, doch darf man daraus keine weitgehenden Schlüsse
vasomotorischen und sekretorischen Reflexe werden nicht ve
allem aber sind die Sehnenreflexe bei unkomplizierter Hysterie
gehoben, dagegen häufig lebhaft. Die Pupillen zeigen verschi
Krampf oder Lähmung bzw. Parese bedingte Störungen, dage
Symptom der reflektorischen Pupillenstarre nie bei reiner Hy
paroxystisch beobachtet. Als Scheidung zwischen paroxystische
paroxystischen Symptomen wird die mehr oder minder hochgradi
des Bewußtseinszustandes bezeichnet und demgemäß zuerst der k
Anfall, dann die psychischen Äquivalente, endlich der „große
sprochen; letzterer nach den Schilderungen der Charcotschen
unter Hinweis auf seine Seltenheit sowie darauf, daß er nich
aufzufassen sei, von dem andere „rudimentäre" Anfälle abzuleit

Allgemeine Psychopathologie. „Pathologische Versch
Erregbarkeitszustände des Zentralnervensystems und vornehmlich d
rinde, Störungen des Gleichgewichts zwischen den erregenden unb
Vorgängen innerhalb der Zentralnervensubstanz sind die Grund
samten Krankheitsäußerungen." Das ist den großen diffusen Neur
sam, bei der Hysterie weisen die gesetzmäßigen Wechselbeziehung
den materiellen Hirnrindenprozessen und den psychischen Vo
sonders geartete Störungen auf. Charakteristisch ist die Beeinflu
Innervationsvorgänge durch psychische Einwirkungen. Man muß be
versuchen sich vor Verallgemeinerungen hüten, da zwischen
großer Hysterie psychologische Unterschiede bestehen. Mit d
von *Breuer-Freud* und *Janet* erklärt sich *B.* nur zum Teil einver
legt in der Folge an einer Reihe von Symptomen die oben sk
fassung klar.

Verlauf, Prognose, Diagnose. Die Hysterie stellt ein
Leiden dar. Die leichtere Form zeigt meist ein Auf- und Nied
affektiven Erregbarkeit, Auftreten und Verschwinden von Krank
nungen. Die schwereren Fälle zeigen einen exquisit chronisch
wenn auch Remissionen auftreten. Es zeigen sich die wechseln
interparoxystischer und paroxystischer Symptome, Dissoziation
tuellen Prozesse, oder die Charakteranomalien treten in den
Scheinbar leichte Formen können durch Schädlichkeiten des äuß
in schwere verwandelt werden, schwere umgekehrt in ansch
Genesung ausgehen, doch ist diese stets sehr skeptisch anzusehen
und juvenile Hysterie ist heilbar, ebenso die auf Grund einer

späteren Leben, im 25.—40. Jahre, sich zeigt. Im Alter bleibt meist
rische Charakter bzw. die Affektlage bestehen. Tödlich wird die
nicht durch ihre einzelnen Symptome (Glottiskrampf usw.) sondern
zeitigem Bestehen von Blut- oder Gefäßerkrankungen, die allerdings
Hysterie (Anorexie) begünstigt werden können.
Diagnose kann häufig aus der Vorgeschichte erschlossen werden,
nmen die „Stigmata" in Betracht, sensible und sensorische Störungen,
d einseitig angeordnete Druckpunkte. Im folgenden wird die Diffe-
gnose gegen die organischen Nervenleiden (bes. multiple Sklerose),
gen Epilepsie, wo das Vorkommen von Mischformen die Unter-
erschwert, und Neurasthenie erörtert. Viele Nervenleiden organischer
nmen mit Hysterie zusammen vor. Sie zeigt die verschiedenartigste
on und Kombination ihrer Symptome, stets ist die Frage, ob eine
e Krankheit besteht, zu prüfen. Doch ist dringend nötig, daß man
rischen Symptome nicht durch örtliche Veränderungen geringen
ervorgerufen glaubt und darauf seine Therapie aufbaut.
rapie. Man darf nicht einseitig die Symptome, man muß die
bekämpfen, den ganzen Menschen behandeln. Wichtig ist die
e durch geeignete Erziehung. Von eigentlichen Behandlungsmethoden
ychische Therapie die wichtigste. Auf Grund genauer psychologischer
des erkrankten Individuums muß man den Kurplan entwerfen und
rchführen, nachdem man zuerst als unerläßliche Vorbedingung das
des Patienten gewonnen hat. Man hat jede einzelne Stunde des
Zeit der Mahlzeit, der Beschäftigung, der Ruhe zu bestimmen,
t dem Ziel, die affektive Erregbarkeit zu mindern, den Willen zu
Der Hypnotismus ist nur in bestimmten Fällen nützlich, zur Be-
einzelner hartnäckiger Symptome; gegen die Krankheit selbst ist
os. In den Rahmen der Psychotherapie haben sich die andern
Ernährungs-, physikalische und arzneiliche Therapie einzugliedern
auch wieder ihre speziellen Indikationen und Wirkungen haben.
therapeutischen Methoden werden bisher eher zu viel als zu wenig
man muß sich klarbleiben, daß sie örtliche Symptome, aber nicht
heit selbst beeinflussen. *Haenisch.*

', A. J., The diet in epilepsy. The journ. of nerv. & ntal disease. Dezember.

gehend von der Theorie, daß die Anhäufung von unverarbeiteten ffen den epileptischen Anfall auslöst, hat *R.* den Einfluß einseitiger g auf die Zahl der Anfälle und das Verhalten von Epileptischen it dem Ergebnis, daß übermäßige Eiweißkost bei minimalem Gehalt ehydraten die Zahl der Anfälle enorm steigert und die Epileptiker verschlechtert. *Matusch.*

Digitized by Google

Wherry, J. W., The curability of epilepsy. The journ. & mental disease. Mai.

Verf. sieht die Ursachen der geringen Erfolge bei Epilepsie genügenden Erkennung der körperlichen Grundlage, in der Beha Anfalls anstatt des Grundleidens, in Massenbehandlung statt Individ in Abwarten, bis die Epilepsie ausgebildet ist, und in der mangel sorge für geeignete Unterbringung und Behandlung.

Brush, A. C., Traumatic epilepsy in its medico-legal The journ. of nerv. & mental disease. April.

Die Frage des ätiologischen Zusammenhanges von Epilepsie gegangenem Trauma beantwortet *B.* nach eingehender Besprechu finition, Theorie, Ursachen und Verlauf der Epilepsie dahin, daß Wissen vom medicolegalen Standpunkt aus nur befähigt, zu konsta gewisse Hirnverletzungen Epilepsie erzeugen können. Die toxische können als Tatsachen erst dann gelten, wenn Beweise vorliegen, solche Annahmen stützen. Ist dies der Fall, so muß nachgewies daß Toxämie vorhanden ist, bevor der Sachverständige erklären die Erkrankung die unmittelbare und notwendige Folge der Ver

Graves, W., W., Anesthesia associated with hyperalgesi confined to areola-nipple area of both breasts: A apparently constant stigma in hysteria. The journ & mental disease. Oktober.

Anästhesie für Berührung und gesteigertes Schmerzgefühl be Bereich des Warzenhofes soll ein nie fehlendes Symptom bei Hy weiblicher wie männlicher.

Punton, J., Mysophobia. The journ. of nerv. & menta Oktober.

Ein Fall von Schmutzfurcht bei Hysterie, an den *P.* die knüpft, solche Zustände als Psychose zu behandeln.

Schwab, Psychasthenia, its clinical entity illustrated b (Preliminary note). The journ. of nerv. & menta November.

Krankheitsgeschichte eines Arztes, in der man einen Fal Hysterie sehen würde, wenn nicht Verf. versicherte, daß er ein herv Beispiel der *Janet*schen Psychasthenie sei.

Digitized by Google

Alkoholismus und toxische Psychosen.

Ref.: Peretti-Grafenberg.

Max, Alkoholismus und Nervosität. Der Alkoholismus, 4, S. 233.

gewohnheitsgemäße Alkoholgenuß hat, meist allerdings erst zu- t anderen schädlichen Einflüssen, eine große Bedeutung als Ursache ität, Neurasthenie und Hysterie, ist besonders verhängnisvoll für en und muß unter den Einflüssen, die bei der körperlichen und Degeneration des kommenden Geschlechtes eine Rolle spielen, an- rden. Wenn auch die aus therapeutischen Gründen oder zu Genuß- rfolgende einmalige Aufnahme einer geringen Alkoholmenge bei Personen keinen dauernden Nachteil hervorruft, so sollen sich doch en Menschen und alle Kinder am besten ganz das Alkoholgenusses Alkoholgenuß vor und bei der Arbeit, im Zustande der Ermüdung besonderer seelischer Anspannung begünstigt die Entwicklung der und ist deshalb dringend zu widerraten.

Trunksucht und Temperenz in den Vereinigten Staaten. nzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Bd. XXXIV.

derung der Trinksitten und der Alkoholbekämpfung in Amerika; raus zu ziehende Lehren sind: Zusammenschluß der Abstinenten en zum gemeinsamen werktätigen Kampf gegen den Alkohol, höhere g des Alkohols, Beschränkung der Schankkonzessionen, Aufklärung g aller dem Trunk ergebenen Klassen (nicht bloß der Lohnarbeiter), des Trinkzwanges, Belehrung in den Schulen, Notwendigkeit einer ahrtskommission, die mit der Alkoholfrage anfangen soll.

kohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und öse Störungen. Leipzig, Benno Konegen.

hol und Kaffee sind als Herzgifte zu verbannen und durch alkohol- nke, Malzkaffee, Milch und heimische Teesorten, zu ersetzen.

Die Alkoholiker der Pflegeanstalt Rheinau. Züricher gural-Dissertation.

bespricht eingehend die unter den 940 Insassen der Anstalt als r aufgenommenen Kranken, 36 Männer und 5 Frauen.

Nur in acht Fällen konnte man von einem chronischen A
sprechen, ein Fall war fälschlich unter der Diagnose Alkoholismus
zugeführt worden, und in 32 Fällen fanden sich Komplikationen
Psychosen. Diese Komplikationen sind dann eine der Hauptur
Unheilbarkeit des Alkoholismus, während die Hauptursachen der
keit des nicht komplizierten Alkoholismus schwere körperliche Ge
vorgerücktes Alter sind.

Schröder, Über chronische Alkoholpsychosen. Sammlu
loser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- un
krankheiten, IV. Bd., Heft 2/3.

An der Hand der Literatur und zehn eigener Fälle erörte
noch lange nicht geklärte Frage der chronischen Alkoholpsych
triviale Weisheit, daß nicht jede chronische Psychose bei ein
alkoholisch sein muß, ist entschieden bisher in den Veröffentli
wenig beachtet worden, der Begriff Ätiologie wird von den Autor
wenig scharf gefaßt. Die Frage. ob es chronische Psychosen gi
schließlich durch Alkoholmißbrauch entstehen, kann auf Grund
vorhandenen Literatur mit Sicherheit weder bejaht noch bestrit
„Als begünstigender, auslösender Faktor, möglicherweise auch a
welches dem Krankheitsbilde für den Beginn oder für die ganze
bestimmte Färbung gibt, wird der chronische Alkoholismus zwei
selten herangezogen werden müssen"; bis zu welchem Grade,
noch nicht.

Raecke, Zur Abgrenzung der chronischen Alkoho
Archiv für Psychiatrie, 39. Bd., 2. Heft, S. 462.

Angesichts der Verwirrung, die sich in den Ansichten der A
eine chronische Paranoia bei Alkoholisten geltend macht und
Teil durch die verschwommenen Begriffe der „chronischen para
stände" und des „Eifersuchtswahns" sowie durch übermäßige Be
letzteren Symptoms verursacht wird, hat Verf. sich eingehend mi
beschäftigt und kommt unter Anführung von fünf Fällen zu de
daß es eine chronische Alkoholparanoia gibt, die sich auf dem
chronischen Alkoholismus entweder primär oder in direktem A
ein Delirium tremens resp. an einen akuten halluzinatorischen W
schließt und sich klinisch von der klassischen Verrücktheit ledi
einzelne unwesentliche Züge, die auf den zugrunde liegenden A
zurückzuführen sind, unterscheidet. Bezeichnend für die Alko
sind die Eifersuchtsideen, die Sucht zum Querulieren, das hochg
trauen, die Neigung zu obszönen Äußerungen und der im Beginn
heit hervortretende Angstaffekt. Die Prognose ist ungünstig, auch

ist selten und streng abzutrennen von den transitorischen paranoide
gen, die durch gehäufte Trinkexzesse gelegentlich ausgelöst werde
Alkoholentziehung bald wieder ablaufen, und von den nach Deliriu
oder akutem halluzinatorischem Wahnsinn zurückbleibenden un
ortentwicklung mehr fähigen Schwächezuständen im Sinne *Kraepelin*

nn, Erfahrungen bei der Suggestivbehandlung von Alkohol
anken. Die Alkoholfrage, II, Heft 2, S. 99.

nzelne Fälle von schwerer Trunksucht können durch Hypnose währen
n der üblichen Anstaltsbehandlung geheilt oder doch wesentlich ge
verden, es sind aber nur solche Patienten, die noch einen gewisse
Halt besitzen. Nicht genügend ist, den Kranken Widerwillen gege
zu suggerieren und sie dann ins Leben hinauszulassen, sondern di
ung muß so lange fortgeführt werden, bis der Kranke gelernt hat, di
z als die normale Lebensweise zu empfinden und an ihr auch unte
gen äußeren Verhältnissen festzuhalten. Späterer Beitritt zu eine
tenvereinigung ist Erfordernis.
n 23 Fällen, die der Behandlung unterzogen wurden, waren sech
nd zu bezeichnen, in neun wurde Besserung erzielt, wie sie sons
pnose nicht erreicht zu werden pflegt, bei den übrigen acht hatt
nose nicht mehr Erfolg, als die sonst übliche Anstaltspflege, si
bald rückfällig.

n, Das Bierdelirium. Archiv für Psychiatrie, 40. Band
Heft, S. 151.

ei Fälle von ausgesprochenem halluzinatorischem Alkoholwahnsin
ch belasteten Männern von 42 und 39 Jahren, die seit langen Jahre
engen Bier, bis zu 30 bzw. 10 l täglich und nur ganz ausnahmsweis
hnaps getrunken hatten. Der eine genas nach zwei Jahren, bei der
dauerte die Krankheit nach 1¾ Jahren der Beobachtung noch an
e Dauer betrachtet *G.* als spezifisch für die Entstehung durch über
Genuß von Bier, weil „der Mißbrauch des Bieres im Verhältnis z
oder zu schweren Weinen ein viel längerer sein muß, bis er endlic
n psychischen Störungen wie diese hervorruft, daß aber dafür de
rganismus infolge der jahrelang täglich durch ihn gepumpten unge
Flüssigkeitsmengen weitaus mehr an Elastizität einbüßt . . . . . m
Worten, das Minus an Schaden, welchen das Bier gegenüber der
ein durch seine Verdünnung und den Mangel an Fuselölen bei spar
Genuß anrichtet, wird zum Plus, sobald die mittels Bieres einge
e Alkoholmenge sich derjenigen übermäßigen Schnapskonsums nähert.

Digitized by Google

Die Seltenheit des „Bierdelirium" erklärt sich daraus, daß d
Biertrinker die Möglichkeit eines Deliriums gar nicht erleben, „w
weder schon vorher an Herzkrankheiten, Tuberkulose oder Nephriti
gehen oder sich wegen des Auftretens solcher Krankheiten genö
ihren Trunk wesentlich einzuschränken oder aufzugeben."

Reichardt, Zur Symptomatologie des Delirium tremens.
Centralbl., Nr. 12, S. 551.

Wenn man einem Alkoholdeliranten bei heller Tagesbeleu
leeres großes Platt Papier in die Hand gibt und ihn ohne weitere
fragen auffordert, zu erzählen, was er sieht, so berichtet er über
gensten Dinge, die er sieht und die in Form und Inhalt we
handelt sich dabei um Halluzinationen rein zentraler Entstehung
auch zu einer Zeit nachweisen lassen, in welcher der Kranke rä
zeitlich orientiert ist und sonstige Halluzinationen nicht vorhanden
im ersten Beginn des Delirium oder in einer vorübergehenden Rem
auch bei einem ganz leichten abortiven Delirium. Der Versuch
bei Delirium tremens, nicht bei ähnlichen Zuständen im Verla
Psychosen.

Gimbal, Observation d'une dipsomanie. Anal. méd.
Mars—Avril. p. 278.

Bei einer 28jährigen, erblich belasteten Witwe, welche die Tri
heiten ihres an Delirium tremens verstorbenen Mannes angenom
wurden zwei gleich verlaufende Anfälle von Dipsomanie beobach
drei Phasen verliefen: einen Monat lang dauernde Verstimmung
gradiger Willenlosigkeit, dann plötzlich einsetzendes, zwingendes,
lichem Gefühl in der Kehle begleitetes Verlangen nach Getränk
Bier, auch Bouillon und Milch) für vier bzw. fünf Tage und als d
Depression mit Selbstmordtrieb.

Pick, Psychology of a particular form of pathological int
The Journal of mental science. Januar.

Es handelt sich um einen Fall wiederholter akuter Alkohol
wobei sich jedesmal derselbe traumartige Zustand mit Größenideen
deren Grundlage in früheren Lebensumständen nachgewiesen werd

Lorenzi, Il Suicidio negli Alcoolisti. Rivista Sperim
Freniatria. XXXI. fasc. II. 1905.

Verf. versucht an der Hand eines von ihm in sechs Jahr
Klinik zu Padua gesammelten Materials nicht nur die Frage ein

Digitized by Google

stmordes habe, sondern auch die psychologischen Ursachen der enselbstmorde zu beleuchten. Er betont, daß zu einer möglichen tung der Frage vor allem auch die Selbstmordversuche der Trinker gen werden müßten, was bisher meist versäumt worden sei. Verf. ß meist der Alkohol das auslösende Moment des Selbstmordimpulses end die anderen gewöhnlich als Ursachen vorgebrachten Gründe itumstände darstellten; ferner seien unter den Alkoholistenselbst- die hereditär Belasteten und besonders die von Trinkern Abstam- prozentual höher beteiligt. Einen auffallenden Unterschied in der elbstmordes gegenüber dem von Nichtalkoholisten konnte Verf. nicht en. Neben der verschiedenen Reaktion des einzelnen Individuums, ostammung, Beruf und Geschlecht, streift Verf. auch die Verschieden- olgen des Alkoholmißbrauches zwischen verschiedenen Volksstämmen; it ganz gleichem Alkoholkonsum wiesen ganz verschiedene Selbst- n der Trinker auf, und es existiere, wie zwischen Individuen, von Stamm, von Volk zu Volk eine Verschiedenheit der Reaktion auf

Probst-München.

n Beitrag zum Codeïnismus. Deutsche Mediz. Wochen- rift Nr. 22, S. 864.

Beweis, daß es in Analogie zum Morphinismus auch einen Codeïnis- der bis jetzt noch nicht beobachtet zu sein scheint, führt *P.* einen n welchem ein 26jähriger, psychopathischer, an „konstitutioneller t" leidender Musiker fast drei Jahre lang große Dosen Codeïn bis ich nahm und beim Versuch, es auszusetzen, peinliche Verstimmung, Reizbarkeit und heftiges Verlangen nach dem Mittel bekam. Bei ehung, die plötzlich vorgenommen wurde, zeigten sich Abstinenz- gen, die ähnlich, aber nicht so schwer waren, wie beim Morphinismus.

eronalismus. Therapeut. Monatshefte. 9. Heft, S. 466.

n Anführung der von anderen Autoren beobachteten unangenehmen ungen des Veronals berichtet *Kr.* über einen Fall von längerem Bbrauch mit tödlichem Ausgang. Die 28jährige, hochgradig hyste- ientin hatte, nachdem ihr wegen Schlaflosigkeit einige Male abends l verabreicht worden war, später 11½ Monate lang auf Grund ezepte täglich abends 0,5—1,0—2,0 Veronal genommen. Es stellten ne mit Verlangen nach dem Mittel, Erregungszustände während der onszeit, Kräfteverfall, Unfähigkeit, das Bett zu verlassen, grob- Zittern der Finger, Taumeln bei Gehversuchen und schließlich itszustände, unbestimmte Angst und Bewußtlosigkeit mit epilepti-

formen Krampfanfällen ein, die sich rasch steigerten, und serien
tretend, in kurzem den Tod im Status epilepticus herbeiführten. I
daß der Exitus mit dem Veronalabusus in Kausalnexus steht, ist
zu erbringen, aber der Verdacht kann nicht von der Hand gewies

Der Fall ist der erste bekannt gewordene Fall von eigentl
nalsucht.

Halberstadt et Charpentier, Troubles psychiques d'ori
bablement sulfo-carbonée. Annal. méd.-psycholog
avril, p. 283.

Eine 41jährige, erblich belastete, seit 30 Jahren in einer
fabrik beschäftigte Frau, die vor fünf Jahren an Krampfanfällen, v
lich hysterischer Art, gelitten hatte, erkrankt an Depression m
täuschungen und Verfolgungsideen und zeigt dann vorübergehend
Alkoholdelirium ähnlichen Zustand: Gesichtstäuschungen mit T
Angst, Erinnerungsdefekt, Zittern der Finger und Wadenkrämpfe
scheinungen, die hysterischen Krämpfe, die Wahnideen und Gehörstä
dann aber auch, da die Anamnese bezüglich Alkoholmißbrauch n
fiel, die deliriösen Symptome sind wahrscheinlich Folge der I
durch Schwefelkohlenstoff.

Cerletti, Considerazioni sulla patogenesi di alcune psicos
a proposito di un caso di psichosi cloralica. An
Istituto Psichiatrico della Università di Roma. Vol. I

Verf. beschreibt eine Psychose, die auf Grund chronischen
brauches entstand. Es handelt sich um einen 1839 geborenen Prie
Psychopathen, der von 1889—1902 täglich 4—6 g Chloralhydra
nahm, ohne daß je psychische Folgeerscheinungen des Chloralism
getreten wären. Anfang 1902 stellten sich allgemeine Abmageru
verfall, Tremor, Schlaflosigkeit ein. Der Kranke suchte nun Zuf
Alkohol und konsumierte etwa acht Wochen lang täglich zwei l
ohne jedoch je betrunken gewesen zu sein. Dann traten plötzlich
vermittelt, Gehörshalluzinationen unangenehmer Art auf; der Kra
seine Nachbarn, besonders eine Frau, über ihn schimpfen. In
verbracht, wies er eine rechtsseitige Herabsetzung der Pupillarreakti
linksseitige Facialisparese und starke Herabsetzung des rechten Patel
reflexes auf. Das psychische Bild trug deutlich alle Zeichen jen
der akuten halluzinatorischen Paranoia, in denen Verwirrtheit u
handlungen fehlen; Intellekt, willkürliche Konzentration, Orientie

der zu Tagesdosen von 6 g Chloralhydrat kam, trat 1904 ein kurze
ein. Seit Enthaltung vom Chloral soll Gesundheit bestehen.
vergleicht die Erkrankung mit anderen Intoxikationspsychosen, be
den durch Kokain und Morphium ausgelösten; er hält die reine
für äußerst selten, sondern glaubt, daß zur Grundursache fast imme
weiteres auslösendes Moment hinzutrete, ohne daß man dadurc
gt sei, dieses dann mit der Grundursache als gleichwertig hinzustelle
egenden Falle sei das Chloral die Grundursache der Psychose gewesen
Alkohol habe das auslösende Moment dargestellt.

Probst-München.

10. Idiotie und Kretinismus.

, *James,* A case of amaurotic family idiocy. The Journa
mental science. 1905. January.

n den sieben Kindern der jüdischen Familie starben zwei bald nac
urt, darunter eins an Krämpfen. Von den fünf andern sind zwe
drei wurden blind. Keine Erblichkeit, Eltern nicht syphilitisch.

Umpfenbach.

ıctis, Gli Infantilismi. Reggio Nell' Emilia, Ferraboschi
05. 112 S.

f. gibt eine ziemlich ausführliche kritische Übersicht über die ver
en Arten von Infantilismen (generelle, partielle und kombinierte)
die klinischen Erscheinungen, die Pathogenese, die Differential
Ein Kapitel ist der Besprechung des Mongolismus gewidmet, de
icht des Verf. in Italien nicht so häufig ist wie in Amerika, Englan
ewissen Gegenden Deutschlands. Aus dem von ihm in sechs Jahre
lten klinischen Material gibt dann Verf. die Darstellung von zeh
s schönen Fällen von Infantilismen; die Darstellung wird noch durc
elungene Abbildungen erläutert. *Probst*-München.

, Mongolian imbecility. The Journal of mental science
nuar 1904.

f. hat unter 2000 Insassen der Anstalt Darenth 21 Imbezille vo
ngoloiden Typus gefunden, deren charakteristische körperliche Er
gen er schildert. *Ganter.*

Digitized by Google

Nolan, Clinical and pathological notes. The Journal
science. Januar 1904.

Fall von Idiotie und Epilepsie mit Mikrokephalie, Asyn
Hemisphären, Mikro- und Ulegyrie. Kleinhirn im Vergleich zu
zu stark entwickelt.

---

11. Anstaltswesen.

Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg.

Burger, *Erwin*, Dr., Die Aufnahme von Geisteskranken
anstalten in den größereren deutschen Staaten.
1905. Franz Pietzkers Verlag.

Während die entwickelteren ausländischen Staaten Gesetz
welche die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten bzw
lassung daraus regeln, sind in Deutschland, abgesehen von Sachs
Bremen und Elsaß-Lothringen, diese Vorschriften bisher im Weg
ordnung erlassen worden. Verf. bespricht zunächst die geschicl
stehung dieser Verordnungen in den größeren deutschen Staaten u
alsdann die Anfang der neunziger Jahre vorigen Jahrhunderts
Reformbewegung mit allen ihren Angriffen gegen die geltenden Be
und gegen die Irrenärzte. Die in einzelnen Körperschaften, so
Parlamenten gepflogenen Verhandlungen in dieser Sache erwäh
und bespricht sodann die neueren vervollkommneten Bestimm
Reglements über die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenansta
Beaufsichtigung usw., wie sie im Anschluß an die Reformbeweg
einzelnen Staaten und Provinzen erlassen worden sind. An d
Deutschland bestehenden Aufnahmeverfahren hat *B.* Wesentliches
zusetzen, nur Nebenpunkte könnten zu Beanstandungen Anlaß g
einer reichsgesetzlichen Regelung der Sache verspricht er sich we
der Verschiedenheit des Reiches in den verschiedenen Teilen ge
Regelung besser und weniger schwierig durch einzelstaatliche Ge

Diem, *Otto*, Dr. med. in Herisau, Die psycho-neurotisch
Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranke
für Rassen- und Gesellschafts-Biologie. 2. Jahrgang
März-April 1905.

Digitized by Google

Verf. stellt fest, in welchem Maße Geistesgesunde durch
Anomalien in der Aszendenz belastet sind und prüft dann, o

l im Vergleich zur Belastung der Geisteskranken nachweisen läßt. rbliche Belastung als wesentlicher ätiologischer Faktor für die Ent- n Geisteskrankheiten anerkannt werden? Als belastende Momente gesehen: Geisteskrankheiten (einschließlich angeborener und er- Schwachsinn), Nervenkrankheiten (funktionelle und organische), ie, Trunksucht und Morphinismus, Selbstmord, Gewohnheitsver- n den Charakteranomalien gerechnet).

Nachforschungen erstreckten sich auf Eltern, Großeltern, Geschwister und die eigenen Geschwister. Verf. hat zu diesem Zweck 03 geistig Gesunde (453 M. 650 Fr.) untersucht und bei den Männern den (63,9 %), bei den Frauen in 451 Fällen (69,4 %) belastende efunden; von der Gesamtheit waren 66,9 %, also zwei Drittel be- 3515 Geisteskranken, deren Anamnesen 1880/1902 in der Irrenanstalt aufgenommen, waren 77 % erblich belastet. Die erbliche Belastung den ist also nur wenig kleiner als diejenige der Geisteskranken. e Unterschiede aber haben sich hinsichtlich Art und Grad der Be- geben. Die Geisteskranken sind (zwei- bis) viermal stärker mit kheiten und etwas mehr mit Trunksucht und Charakteranormalien, leich stark durch Nervenkrankheiten und Selbstmord und (zwei- al durch Apoplexie und dreimal weniger stark durch Dementia stet als die Gesunden. In direkter Linie sind die Geisteskranken achtmal stärker mit Geisteskrankheiten belastet als die Gesunden, stark mit Geistes- und Nervenkrankheiten zusammen, doppelt so Trunksucht, mit Charakteranomalien und mit Selbstmord, diese edeutend stärker mit Apoplexie und Dementia senilis. „Geistige n können sich vererben, aber sie tun es nicht immer und sie nicht, und die Vererbung des Pathologischen ist kein ewiges un- es Verhängnis, das in der einmal heimgesuchten Familie fort und Opfer fordert oder zur Verschlechterung des Stammes oder gar zu sterben führen muß."

er Westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt 1904. (Dir. Dr. *Rabbas.*)

nd zu Beginn des Berichtsjahres: 513 (260 M. 253 Fr.), darunter Paralyse, 5 M. mit Alkoholismus. Zugang 68 (40 M. 28 Fr.), (7 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 7 M. mit Alkoholismus. 29 der Neu- enen (15 M. 14 Fr.) waren erblich belastet, bei 23 (20 M. 3 Fr.) olismus, bei 8 (7 M. 1 Fr.) Lues Krankheitsursache, 14 (11 M. en mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Zur Beobachtung ihres andes kamen 4 (2 M. 2 Fr.); 1 Fr. erwies sich als nicht geistes- . als geistig minderwertig, infolge abnormer Reaktion auf Alkohol ch in einem dem § 51 StGB. entsprechenden Zustande befunden.

Digitized by Google

ungeheilt 17 (9 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 38 (18
davon 6 mit Paralyse, 8 (1 M. 7 Fr.) an Tuberkulose, 2 M. an
Griserin tat bei tuberkulösen Kranken mit hohem Fieber und heft
fall gute Dienste. Zwei vollständig abstinierenden Kranken wu
in fünfprozentiger Lösung mit physiologischer Kochsalzlösung su
gutem Erfolg gegeben. Sondenfütterung war bei 5 M. und 5 Fr.
hindurch notwendig. Beschäftigt wurden durchschnittlich 33,48% d
bestandes.

Gesamtausgabe: 293725 M.

Bericht der Westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu pro 1904. (Dir. Dr. *Schauen.*)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 466 (242 M. 224 Fr.
82 (50 M. 32 Fr.), darunter 8 (7 M. 1 Fr.) mit Paralyse. 1 M. mi
mus. 29 (20 M. 9 Fr.) der Neuaufgenommenen waren erblich bel
holismus war 10 mal Krankheitsursache. 17 (14 M. 3 Fr.) war
Strafgesetz in Konflikt gekommen. Alle 7 zur Beobachtung Aufg
kamen aus dem Untersuchungsgefängnis. Abgang: 67 (40 M. 27
10 (7 M. 3 Fr.), gebessert 15 (10 M. 5 Fr.), ungeheilt 13 (8 M.
geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 26 (13 M. 13 Fr.), davon
kulose, 7 mit Paralyse. Ausgabe für Beköstigung pro Kopf und
Gesamtausgabe: 261568 M.

Bericht der Irren- und Idiotenanstalt Dalldorf-Berlin

Bestand am 1. April 1904: 3566 Kr. (2010 M. 1556 Fr.); dav
Paralyse 510 Kr. (349 M. 161 Fr.), an chronisch akutem Alkoholis
(395 M. 24 Fr.), an Idiotie und Imbezillität 707 Kr. (459 M.
Epilepsie 91 Kr. (72 M. 19 Fr.). Zugang: 1776 Kr. (1235 M. 541
(270 M. 80 Fr.) litten an Paralyse, 467 Kr. (450 M. 17 Fr.) an A
185 Kr. (114 M. 71 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 86 Kr. (70 M
Epilepsie. Bei 602 Kr. (578 M. 24 Fr.) war Trunksucht Krankh
366 Kr. (339 M. 27 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt
Abgang: 1619 Kr. (1176 M. 443 Fr.), geheilt und gebessert 881
203 Fr.), ungeheilt 244 Kr. (192 M. 52 Fr.), gestorben 494 Kr. 306
48 Kr. (18 M. 30 Fr.) an Tuberkulose, 2 Kr. (1 M. 1 Fr.) durch
In Familienpflege: (307 Kr. 175 M. 132 Fr.), Zugang 231 Kr. (133
Abgang 187 Kr. (108 M. 79 Fr.). Die Beköstigung kostete pro K
0,848 M.

Bericht der Irrenanstalt Herzberge bei Lichtenber

Bestand am 31. März 1904: 1187 Kr. (692 M. 495 Fr.); dav
Paralyse 104 Kr. (42 M. 62 Fr.), an einfacher Seelenstörung 910

125 Kr. (82 M. 41 Fr.), an Delirium 2 Fr. Zugang: 2246 Kr.
89 Fr.); hiervon litten 1720 Kr. (1413 M. 307 Fr.) an einfacher
ng, 164 Kr. (98 M. 66 Fr.) an Paralyse, 12 Kr. (9 M. 3 Fr.) an
92 Kr. (160 M. 32 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie. 156 Kr.
Fr.) an Idiotie und Imbezillität; 2 Kr. (1 M. 1 Fr.) waren nicht
. Bei 833 Kr. (820 M. 13 Fr.) war Alkoholismus Krankheitsur-
Kr. (723 M. 42 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt ge-

g: 2188 Kr. (1759 M. 429 Fr.); geheilt und gebessert 1433 Kr.
7 Fr.), ungeheilt 445 Kr. (358 M. 87 Fr.), nicht geisteskrank 2 Kr.
), gestorben 308 Kr. (164 M. 144 Fr.), davon 14 Kr. (7 M. 7 Fr.)
lose und 4 Kr. (2 M. 2 Fr.) an Krebs. 156 Entweichungen, wovon
3 Fr. außerhalb belassen wurden. In Familienpflege: 614 Kr.
Fr.). Das neuerbaute Siechenhaus wurde vorläufig mit Frauen
das feste Frauenhaus zur Aufnahme besonders gefährlicher
Kranken eingerichtet werden mußte.
osten für Beköstigung betrugen pro Kopf und Tag 0,89 M.

er Anstalt für Epileptische Wuhlgarten-Berlin.

d am 1. April 1904: 1268 Kr. (777 M. 491 Fr.). Zugang: 580 Kr.
Fr.); hiervon litten an Epilepsie 437 Kr. (321 Männer 80 Frauen
17 Mädchen), 28 Kr. an chronischem Alkoholismus, 44 Kr. (25 M.
n.) an Hysterie, 16 Kr. (14 M. 1 Fr. 1 Mn.) an Hysteroepilepsie,
M. 7 Fr. 9 Kn. 3 Mn.) an Imbezillität, Idiotie und anderen Geistes-
Bestraft waren von den Neuaufgenommenen 300 M. (72½ %)
6½%). Erbliche Belastung durch Trunksucht eines der Erzeuger
epsie und Hysteroepilepsie Leidenden war nachzuweisen bei 85 M.
Fr. (25 %), 2 Kn. (10½%), 4 Mn. (22²/₉%). Abgang: 531 Kr.
Fr.), davon gestorben 59 (39 M. 20 Fr.).
eköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,847 M.

er Heilstätte für Nervenkranke „Haus Schönow“ in endorf bei Berlin pro 1904. (Dir. Prof. Dr. *Max Lachr.*)

d am 1. Januar 1904: 67 (34 M. 33 Fr.). Zugang 603 (340 M.
bgang 598 (338 M. 260 Fr.): geheilt 7 (5 M. 2 Fr.), gebessert 409
Fr.), ungebessert 181 (111 M. 70 Fr.), gestorben 1 M., bleibt Be-
1. Dezember 1904: 72 (36 M. 36 Fr.). Geheilt bzw. gebessert nach
derjenigen, die bereits in den ersten zwei Wochen wieder ab-
8,7 % (75,9 % M. 82,4 % Fr.). Zur Behandlung kamen 75,4 %
1,9 % Psychosen, 10,9 % periph. Nerven- und Muskelkrankheiten,
ische Erkrankungen des Zentralnervensystems, 1,8 % innere Krank-
e zweimal wöchentlich stattfindende Poliklinik wurde von 123 Kr.

Google

Bericht der Landes-Irrenanstalt zu Eberswalde pro 1
Dr. *Zinn*.)

Bestand am 1. Januar 1904: 951 (473 M. 478 Fr.), darunte
13 Fr.), mit Paralyse. Zugang 343 (173 M. 170 Fr.). Hiervon litten an
(54 M. 21 Fr.), an Alkoholismus 11 (10 M. 1 Fr.). Erblich belaste
(55 M. 70 Fr.). Bei 49 (47 M. 2 Fr.) war Trunksucht Krankheitsu
dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 52 (45 M. 7 Fr.). Zu
tung ihres Geisteszustandes kamen 13 Fälle. Abgang 266 (134
geheilt 18 (6 M. 12 Fr.), gebessert 89 (48 M. 41 Fr.), ungeheilt 61 (2
gestorben 94 (55 M. 39 Fr.), davon an Tuberkulose 18 (10 M. 8 Fr
und Erysipel je 2 Fr, mit Paralyse 47 (34 M. 13 Fr.). In Famil
(25 M. 50 Fr.).

Einrichtung einer zentralen Niederdruckdampfheizung auf
seite. Die beiden neu erbauten zweistöckigen, je 2 Abteilungen fü
enthaltenden Pflegehäuser wurden in Benutzung genommen. Die
küche ist beinahe fertiggestellt. Die 1903 bezogenen Aufnahmeh
sich in allen Einrichtungen bewährt. Auf jeder Geschlechtsse
5 Wachabteilungen. Dauerbäder werden ausgiebig und in viele
bestem Erfolg angewendet, in der Regel aber nicht über 11 Uhr
aus ausgedehnt. Oft nötigten Reizungen der Haut und Furu
sowie gelegentliche auffällige Gewichtsabnahme zur Einschränkung
Der Beschäftigung der Kranken wird dauernd besondere Aufm
geschenkt; ein eigenes Werkstättengebäude wird gefordert.

Allgemeines Programm für die Einrichtung einer neuen
burgischen Landes-Irrenanstalt bei Teupitz. B
18. Februar 1905.

In seiner Sitzung am 3. Juni 1904 hat der Provinzialausschuß
die neue Landesirrenanstalt auf dem Gelände der Stadt Teupit
Teltow zu errichten. Es sind hier 133 ha [Ackerland, Holzung, W
Unland, Wasser (Tietschen-See)] angekauft für durchschnittlich
Morgen. Die Anstalt soll im Pavillonsystem erbaut und für 1
eingerichtet werden. Es ist projektiert zu bauen: 17 durchw
geschossige Pavillons zu je 40, 50, 60, 80 u. 120 Betten für insgesa
der III. u. IV. Klasse, 4 doppelgeschossige Pavillons zu 25 Betten un
zu 50 Betten für 150 Pensionäre. Die Pensionärabteilungen solle
von dem übrigen Anstaltskomplex getrennt sein. Als Heizung
Zentral-Niederdruckdampfheizung mit mehreren Heizzentralen — e
gruppenheizung — geplant. Elektrische Beleuchtung mit Akkum
den Nacht- und Sommerbetrieb. Wasserversorgung aus Grundwas
Gefordert werden mindestens 400 Liter pro Kopf und Tag. Die
soll sich auf die Abfuhr sämtlicher Ab- und Regenwässer mit Ei

nung der Fäkalien erstrecken und mit einem ausgedehnten Rieselen—20 Morgen Rieselfelder) verbunden werden. Klosetts und Pissoirs alten Wasserspülung.

ektor, 3 Oberärzte, 2 Anstaltsärzte, 3 Assistenzärzte. Wärterdorf milien-Wohnhäusern. Kosten mindestens 4000 M. pro Bett III. u. und 5000 M. pro Bett I. u. II. Klasse.

nung 1. April 1908.

---

ht über die Pommersche Provinzial-Irrenanstalt zu Lauenz i. P. 1889—1904. (Dir. Geh. Med.-R. Dr. *Siemens.*)

urzer geschichtlicher Überblick über die Irrenpflege in der Provinz eitet den Bericht ein. Die kleinen alten Pflegeanstalten zu Stralnwalde Bergquell sind aufgehoben, ihre Kranken in die 1900 neu ritte Provinzialirrenanstalt zu Treptow überführt worden. Die 1875 Anstalt Ückermünde ist um- und ausgebaut worden. Pommern t über 1890 Plätze in Provinzial-Irrenanstalten. 1000 Kranke be- in den noch von Geistlichen geleiteten Anstalten Kückenmühle-Stettin. 80 Plätze stehen in der Kgl. psychiatrischen Klinik in zur Verfügung und 50 Kranke befinden sich in Familienpflege. vinz gelten 2 Irrenreglements, das eine betrifft besonders heilbare ngefährliche Kranke, es sichert ihnen den Vorrang und völlig freie z in den Anstalten und erstattet selbst die Kosten der Einlieferung. Reglement beruht auf dem Gesetz vom 11. Juli 1891. Für dringhmen genügt ein ärztliches Attest oder der Antrag der Polizei-Exspektantenlisten und Ablehnung von Aufnahmegesuchen hat es geben.

andwirtschaftliche Betrieb Lauenburgs ist durch Ankauf des nahe-Gutes „Röpke" mit ca. 430 Morgen und weiterer günstig gelegener llen vergrößert worden, so daß die Anstalt jetzt über einen selbstteten Grundbesitz von 808 Morgen verfügt. Durch zahlreiche Neuuten sind viele getrennte und verschiedenartig eingerichtete Abntstanden, die die weitestgehende Individualisierung und Gruppiten. Die Anstalt hat jetzt 730 Krankenplätze in 20 Häusern. Die betragen für einen Platz 3500 M., mit Grunderwerb 3700 M. Lage hkeiten der Anstalt werden ausführlich geschildert, die Krankenin den Berichtsjahren durch zahlreiche Tabellen erläutert. Zugang 2706 Kr. (1393 M. 1313 Fr.), davon litten 264 (214 M. 50 Fr.) an bei 151 (129 M. 22 Fr.) war Alkoholmißbrauch Krankheitsursache. htung ihres Geisteszustandes kamen 55 (47 M. 8 Fr.), davon waren 4 Fr.) nicht geisteskrank.

ng 2077 Kr. (1058 M. 1019 Fr.), davon genesen oder gebessert 942 3 Fr.) d. i. 33% der Aufnahmen, ungeheilt 411 Kr. (177 M. 234 Fr.),

Digitized by Google

194 Kr. (83 M. 111 Fr.) an Tuberkulose. Ruhrartige Darmentzün
Typhus kamen in vereinzelten Fällen zur Beobachtung; der Typh
geschleppt, es starben daran 2 Fr. Ein Fall von Aktinomykose
Erfolg operiert. 7 in schwangerem Zustande aufgenommene Fra
entbunden. Mehrere eingeschleppte Masern- und Scharlachfälle ve
artig. Die vorgekommenen Unglücksfälle und Selbstmorde blieben
Grenzen. Ein Pfleger, der sich auf der Wachabteilung für Unruh
nach dem Essen auf ein Bett gelegt hatte und eingeschlafen war,
einem stark halluzinierenden Paralytiker mit einem Spucknapf a
geschlagen; er hat neben einer Schädelbasisfraktur auch noch ein
ablösung auf dem linken Auge davongetragen. Entweichun
naturgemäß bei der freien Lage der Anstalt und der ausgedehnte
gung der Leute häufig vor. Ausgedehnte Bettbehandlung, auch
der 6 Wachabteilungen, Dauerbäder und feuchte Einpackungen,
Wachabteilungen für Unruhige auch nachts angewandt werden, h
rungen überflüssig gemacht und den Verbrauch der arzneilichen E
mittel erheblich herabgesetzt.

Für die Ärzte ist eine neue Besoldungsordnung geschaffen: As
erhalten 1500—2400 M. Gehalt (jährlich um 100 M. steigend) und
I. Klasse. Nach 5jähriger Dienstzeit werden sie zu etatsmäßigen
ernannt. Sie sind alsdann wie die Staatsbeamten lebenslänglich
und bekommen 3000—6000 M. (zweimal nach je 3 Jahren um
fünfmal um 400 M. steigend) neben den üblichen Emolumenten.
Vertretung des Direktors betraute Oberarzt erhält außerdem eine
jährlich von 600 M.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Dziekanka pro
(Dir. San.-R. Dr. *Kaiser*.)

Bestand Ende März 1904: 769 Kr. (385 M. 384 Fr.). Zug
(115 M. 102 Fr.); hiervon 36 Kr. (31 M. 5 Fr.) mit Paralyse, 10 Kr.
mit chronischem Alkoholismus. Nicht geisteskrank waren 4 Kr. (
voraussichtlich heilbar 32 Kr. (12 M. 20 Fr.), voraussichtlich unhei
(100 M. 81 Fr.). Erblich belastet waren 83 Kranke, (46 M. 37 Fr.)
Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 42 Kr. Zur E
kamen 6 Kr. (5 M. 1 Fr.). Abgang 277 Kr. (141 M. 136 Fr.);
gebessert 71 Kr. (36 M. 35 Fr.), ungeheilt 136 Kr. (75 M. 61 Fr.
50 M. u. 50 Fr. in die neue Anstalt Obrawalde. Gestorben 67
39 Fr.); an Paralyse 18 Kr. (12 M. 6 Fr.), an Tuberkulose 16 Kr. (4
an Krebs 3 Fr., an Nierenentzündung infolge Erfrierung 1 Fr. D
lich 54% der Verpflegten wurden in der allgemein üblichen
schäftigt. Die Dauerwachen in den Aufnahme- und Siechenabteilu
sich weiter bewährt. Die Verabreichung von Dauerbädern bei

amtausgabe: 370725 M., pro Kopf und Jahr 491,14 M.

der Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt zu Kosten pro 4/05. (Dir. Dr. *Dluhosch.*)

and Ende März 1904: 741 Kr. (390 M. 351 Fr.). Zugang 137 Kr. Fr.), davon 36 Kr. (22 M. 14 Fr.) aus anderen Anstalten. 92 Kr. 7 Fr.) litten an Idiotie bzw. Epilepsie, 2 M. an Paralyse. Zur ng kamen 2 Kr. (1 M. 1 Fr.), beide waren nicht geisteskrank. Aufnahmen waren erblich belastet. Bei 12 Kr. (9 M. 3 Fr.) war t Krankheitsursache. 3 Idioten und 1 Epileptiker entstammten enehen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 18 Kr. Fr.). Abgang 166 Kr. (90 M. 76 Fr.), genesen 2 Kr, (1 M. 1 Fr.), 11 Kr. (6 M. 5 Fr.), ungeheilt 105 Kr. (55 M. 50 Fr.), davon 50 M. in die neue Anstalt Obrawalde, gestorben 46 Kr. (27 M. 19 Fr.), % an Tuberkulose.

den lutherischen Anstalten zu Fürstenwalde wurden die letzten der ngehörigen Idioten der Kostener Anstalt zugeführt, so daß die vom nverbande unterzubringenden Idioten jetzt sämtlich in dessen eigener ntergebracht sind. Durchschnittlich 37,83% des Krankenbestandes eschäftigt. Die für 700 Kr. eingerichtete Anstalt war dauernd über- eitere Überführungen nach Obrawalde sind vorgesehen.

amtausgabe 300098 M., pro Kopf und Jahr 414,79 M.

der Provinzial-Irrenanstalt Owinsk pro 1904/05. (Dir. *Werner.*)

and Ende März 1904: 811 Kr. (389 M. 422 Fr.).

ang 189 Kr. (97 M. 92 Fr.); hiervon litten 22 Kr. (17 M. 5 Fr.) se, 12 M. an Alkoholismus. Zur Beobachtung kamen 10 Kr. (9 M. M. 1 Fr. waren nicht geisteskrank. Erbliche Belastung bestand bei M. 14 Fr.) = 11,89%. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten Kr. (36 M. 2 Fr.). Abgang 264 Kr. (137 M. 127 Fr.), geheilt 19 Kr. r.), gebessert 59 Kr. (35 M. 24 Fr.); ungeheilt 112 Kr. (58 M. 54 Fr.), urden 50 M. u. 50 Fr. nach Obrawalde überführt; gestorben 70 Kr. Fr.), davon 21 Kr. (13 M. 8 Fr.) an Tuberkulose. Beschäftigt urchschnittlich 45% der Kranken.

amtausgabe: 375476,88 M., pro Kopf und Jahr 475,89 M.

der Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde 1904/05. (Dir. *Scholz.*)

fnet am 2. November 1904. Liegt 3 km von Meseritz entfernt auf inde des früheren Gutes Jockisch-Vorwerk. Das Gut ist 114 ha

(350 M. 350 Fr.) eingerichtet, die Möglichkeit einer Erweiterung bi
Betten vorgesehen. Eine (unterste) Verpflegungsklasse. Kurze Be
der Lage und Einrichtung der 32 Anstaltsgebäude, von denen 1
nahme von Kranken bestimmt sind. Zentralheizung, Wasserverso
3 Tiefbrunnen mit Klär- und Filteranlagen und Rieselfeldern. Elek
leuchtung mit eigener Zentrale.

Bisherige Baukosten: 3413738 M.

Aus den Anstalten Owinsk, Dziekanka und Kosten überfüh
(150 M. 150 Fr.), dazu aufgenommen 33 Kr. (21 M. 12 Fr.), hie
3 M. an Paralyse, 1 M. an Alkoholismus, 7 Kr. (6 M. 1 Fr.) wa
belastet, 10 Kr. (9 M. 1 Fr.) mit dem Strafgesetz in Konflikt gera
nicht geisteskrank. Abgang 21 Kr. (13 M. 8 Fr.); 3 Kr. (2 M. 1 F
4 Kr. (2 M. 2 Fr.) gebessert, ungeheilt 5 Kr. (4 M. 1 Fr.). Gesto
(5 M. 4 Fr.). Eine Entweichung. Beschäftigt wurden durchschnittli
der Verpflegten.

Gesamtausgabe: 106989 M.

Bericht des städtischen Irrenhauses zu Breslau pro
(Primärarzt Dr. *Hahn.*)

Bestand am 31. März 1904: 228 Kr. (118 M. 110 Fr.), Zuga
(500 M. 250 Fr.), Abgang 752 (504 M. 248 Fr.); geheilt 230 Kr.,
280 Kr., ungeheilt 162, gestorben 80.

Wechsel unter dem Pflegepersonal geringer, es schieden
jüngere Personen aus. Von diplomierten Pflegepersonen sind n
Dienst. Die in den Krankengärten aufgestellten Torfstreuklosetts
nicht bewährt und sollen durch Wasserspülklosetts ersetzt werde
dehnte Bettbehandlung. Liegekuren im Freien auch für akute Gei
Günstige Wirkungen hydrotherapeutischer Maßnahmen, bes. der pr
Bäder. Subkutane Infusionen physiologischer Kochsalzlösung wirkt
lich bei Erschöpfungspsychosen; infundiert wurden jedesmal 800—
bei unruhigen abstinierenden Kranken waren sie häufig erfolglos.

Gesamtausgabe: 244026 M.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Brieg pro 1904/
Dr. *Petersen.*)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 533 Kr. (262 M. 271
beurlaubt 39 (19 M. 20 Fr.). Zugang 128 Kr. (70 M. 58 Fr.), hie
an Paralyse 14 (11 M. 3 Fr.), erblich belastet waren 55 (21 M. 3
11 Kr. (9 M. 2 Fr.) war Trunksucht Krankheitsursache. 4 an Paralys
Männer waren luetisch infiziert. Mit dem Strafgesetz in Konflikt ger
29 (25 M. 4 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 6
waren 3 nicht geisteskrank. Abgang 129 (73 M. 56 Fr.); geheilt 15 (

2 Kr. (15 M. 17 Fr.), ungeheilt 38 Kr. (30 M. 8 Fr.), nicht geistesk
M. 1 Fr.), gestorben 40 Kr. (19 M. 21 Fr.). An Tuberkulose starben
1 Fr.) 3 Fälle von Typhus, von denen einer letal verlief; Ursache
stellt. 11 Entweichungen. Künstlich mit der Sonde ernährt wurden
6 Fr.).
milienpflege 35 Kr. (15 M. 20 Fr.).
ntausgabe: 228256 M.

er Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau pro /05. (Dir. Dr. *Neisser*.)

nd am 31. März 1904: 668 Kr. (388 M. 280 Fr.), davon 23 M. in
ege in Looswitz. Zugang 110 Kr. (63 M. 47 Fr.). Hiervon waren
. 3 Fr.) mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. 25 Kr. (15 M. 10 Fr.)
aralyse. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 5 M.
Kr. (61 M. 46 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., geheilt 17 Kr. (9 M.
essert 22 Kr. (10 M. 12 Fr.), ungeheilt 21 Kr. (13 M. 8 Fr.), ge-
(28 M. 18 Fr.). An Influenza waren gleichzeitig 75 Personen er-
ußerdem kamen neben 4 Typhusfällen zahlreiche dysenterieartige
vor. Einführung von Kanalisation und Herstellung einer neuen
orgung werden als dringend notwendig bezeichnet. Die Bettbe-
at eine wesentliche Erweiterung erfahren und ist auch in den
r Unruhige nach Vornahme einiger Umbauten zur Durchführung
berfüllung, Anhäufung unsozialer und verbrecherischer Elemente,
emessenes Pflegepersonal und nicht zum wenigsten die zu geringe
Ärzte erschweren alle therapeutischen Bestrebungen. Die Unter-
eiblicher Kranken in Familienpflege in der Stadt Bunzlau wird

ntausgabe; 314519 M.

ler Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Freiburg in esien pro 1904/05. (Dir. Dr. *Buttenberg*.)

nd am 1. April 1904: 675 Kr. (332 M. 343 Fr.). Zugang 143 Kr.
Fr.), davon litten an Idiotie und Imbezillität 18 (9 M. 9 Fr.), an
nit und ohne Seelenstörung 29 Kr. (21 M. 8 Fr.), an Hysterie 1 Fr.,
r Seelenstörung 82 Kr. (42 M. 40 Fr.), an Paralyse 10 Kr. (8 M. 2 Fr.).
eskrank 2 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren
M. 8 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 5 M.
assung einer Ziegelei-Berufsgenossenschaft wurde 1 Fr. untersucht.
22 (65 M. 57 Fr.); geheilt 6 (2 M. 4 Fr.), gebessert 30 (12 M. 18 Fr.),
3 Kr. (26 M. 7 Fr.), gestorben 51 (23 M. 28 Fr.), nicht geisteskrank
Tuberkulose starben 7 Kr., an Paralyse 6 Kr. Eine unter
nd den Pfleglingen heftig auftretende ausgedehnte Influenzaepidemie
zeitweise die ordnungsmäßige Unterbringung und Versorgung der

Digitized by Google

Kranken. Scharlach kam in 12 Fällen zur Beobachtung, er trat
einem Beamtenkinde auf; der Schulunterricht fiel dieser Epid
längere Zeit aus. Ein Waschhaus wurde neugebaut und die I
anlage entsprechend vergrößert, der Umbau des Polsnitzer Gu
und sein Anschluß an das städische Wasserwerk bewerkstelligt.

Gesamtausgabe: 276135 M.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu L Schlesien pro 1904/05. (Dir. Geh. San.-R. Dr. *Alt*

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 312 Kr. (170 M. 142 F
122 Kr. (78 M. 44 Fr.), davon mit Paralyse 20 K. (17 M. 3 Fr.).
lastung bei 47 Kr. (27 M. 20 Fr.) = 38,5 % aller Aufgenom
3 Paralytikern war Lues nachweisbar. Mit dem Strafgesetz in
kommen waren 32 Kr. (28 M. 4 Fr.) = 26,23 % der Neuaufg
12 (10 M. 2 Fr.) kamen zur Beobachtung ihres Geisteszustand
113 (76 M. 37 Fr.), genesen 11 (4 M, 7 Fr.), gebessert 35 (21 M.
geheilt 52 (39 M. 13 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 14 (
davon 7 (6 M. 1 Fr.) an Paralyse, 4 M. durch Suicid. 1 Kr. ver
der auf dem Anstaltsgute gelegenen Feldscheuer. 8 Entweichung
gemeinsamen Vergnügungen werden alkoholische Getränke nich
abreicht.

In der Pensionsanstalt bleiben 60 (25 M. 35 Fr.), Zugang 24 (1
Erblich belastet waren hier 37,5 %. 2 M. waren nach Lues an
krankt. Abgang 26 (17 M. 9 Fr.).

Gesamtausgabe: 188561 M.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Rybnik in pro 1904/05. (Dir. Geh. San.-R. Dr. *Zander*.)

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 789 (409 M. 380 Fr.).
(70 M. 59 Fr.). darunter 18 (11 M. 7 Fr.) mit Paralyse. 29 (24 M. 5
mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. 32 (15 M. 17 Fr.) w
belastet. 4 M. kamen zur Beobachtung ihres Geisteszustandes. E
Symptomen einer schweren Graviditätspsychose aufgenommene
bald als „epidemische Genickstarre“ erkannt, sie starb nach 3 Tag
132 (73 M. 59 Fr.), geheilt 15 (5 M. 10 Fr.), gebessert 34 (19 M.
geheilt 42 (33 M. 9 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorbe
24 Fr.), davon 9 (6 M. 3 Fr.) an Paralyse, 14 (2 M. 12 Fr.) an T
Im Anschluß an eine ausgedehnte Influenzaepidemie verbreite
Tuberkulose in auffallender Weise besonders auch auf der Frau
unter dem Pflegepersonal. Allein 7 Pflegerinnen wurden auf
Provinz in Lungenheilstätten geschickt. Vorläufig sind für die T
in den Krankenhäusern besondere, in sich abgeschlossene, mit
gängen, Spülküchen usw. versehene kleine Abteilungen eingericht

schläft. Die notwendige peinlichste Absonderung aller tuberkulösen wird erst nach Errichtung neuer Infektionsbaracken mit Liegehallen ein.

Dauernachtwachen haben sich bewährt. Die Verpflegung der vor- großen Anzahl geisteskranker Verbrecher gestaltet sich bei dem esonderer hierzu geeigneter Abteilungen immer schwieriger. Ein griff den Direktor mit einem haarscharf gewetzten Taschenmesser, nige Zeit zuvor gefunden hatte, an. Er strauchelte beim Ansprunge n vor ihm stehenden Direktor und konnte so noch rechtzeitig ab- verden.

amtausgabe: 410457 M.

29. Verwaltungsbericht der Landes-Heil- und Pflege- talt zu Rittergut Alt-Scherbitz 1902/03 und 1903/04. r. Geh. R. Dr. *Paetz*.)

and am Beginn des Berichtjahres 1902/03 = 899 Kr. (510 M. 389 Fr.) = 331 Kr. (180 M. 151 Fr.); Abgang = 338 Kr. (187 M. 151 Fr.), rben 101 Kr. (59 M. 42 Fr.) = 8,2 %, genesen 70 Kr. (46 M. 24 Fr.) and am Beginn des Berichtsjahres 1903/04 = 892 Kr. (503 M. 389 Fr.) = 383 Kr. (192 M. 191 Fr.); Abgang = 320 Kr. (185 M. 135 Fr.) rben 125 Kr. (64 M. 61 Fr.) = 9,8 %, genesen 63 Kr. (36 M. 27 Fr.) Kr. (132 M. 130 Fr.) aller Aufgenommenen waren erblich belastet r. (78 M. 11 Fr.) war Alkoholismus, bei 64 Kr. (57 M. 7 Fr.) war nkheitsursache. 106 der aufgenommenen Kr. (86 M. 20 Fr.) litten an Ein Typhusfall mit letalem Ausgang bei einem mit der Schweine- beschäftigten Kranken, der Speisereste aus den Futterfässern ver- d sich hierbei wohl die Infektion zugezogen hatte. Je ein Unglücks- Ertrinken bzw. Verbrennung. Znr Beobachtung kamen 18 forensische von waren 8 geisteskrank.

Verpflegungskosten in der III. Klasse betrugen 1902/03 pro Kopf 69 Pf., 1903/04 54 Pf.; diese Verbilligung wurde durch Verände- n Beköstigungswesen, besonders durch Abschaffung des „starren ts“ ermöglicht. Dauer-Nachtwachen haben sich bewährt und sind eingeführt; dabei konnte bei 25 % der Pflegerinnen konstatiert daß bei sonstigem Wohlbefinden in der ersten Woche der Nacht- s Körpergewicht abnimmt. Über einen Monat wird die Dauerwache gedehnt. Die in dem Haushaltungsplan zu diesem Zweck vorge- umme von 800 M. ermöglicht den Anstaltsärzten die regelmäßige e an Fortbildungskursen, Kongressen und wissenschaftlichen Studien- Durch Beschluß des Provinzial-Landtages vom 1. April 1902 wurden rzte feste Besoldungsgrundsätze eingeführt und die Ärzte zu diesem Oberärzte, ordentliche, Assistenz- und Volontärärzte eingeteilt mit

von Oberärzten bzw. ordentlichen Ärzten gelangen können. Die neben den üblichen Emolumenten 2700—5000 M. mit Gehaltszula 400 M. oder 3000 M. nach 3 Jahren, jene 3600—5700 M. mit Geh von je 600 oder 500 M. nach 3 Jahren.

[Wenn auch anerkannt werden muß, daß die Lage der Irre durch gebessert ist, so darf nicht unerwähnt bleiben, daß weiter rungen folgen müssen; anderenfalls wird die Ärztenot an den An stellenweise schon groß ist, immer mehr zunehmen. Die Irrenarz heute keine begehrenswerte Karriere, das zeigt deutlich die geri von Meldungen bei eintretenden Vakanzen. Neben der Schwere an sich mit seiner großen Gebundenheit und seinen mancherlei anderen Berufsarten gegenüber ist es besonders die immer gering Aussicht, einmal eine selbständige Stellung zu erreichen, welche Arzt zurückhält, Irrenarzt zu werden. Das Verhältnis der Anzahl der stellen zu der an einer Anstalt beschäftigten Ärztezahl betrug bei üblichen Größe der Anstalten 3 ja 2 : 1. Seitdem nurmehr groß gebaut werden, beträgt dieses Verhältnis 8 ja 12 : 1. So darf heut Mehrzahl der Irrenärzte nicht mehr darauf rechnen, jemals in ei selbständige Stellung aufzurücken. Der Wunsch nach weiterer V der Stellung und Lage der Irrenärzte dürfte deshalb kein unger sein. Werden diese Stellungen zu sicheren, entsprechenden Lebe ausgestaltet, so wird die Ärztenot an den Anstalten bald versch die Irrenarztkarriere wieder mehr und mehr gesucht werden.

Bericht über das 84. Verwaltungsjahr der Provinzial-I Pflegeanstalt bei Schleswig 1904. (Dir. Dr. *Kirc*

Bestand am Beginn des Jahres 899 Kr. (500 M. 399 Fr.). Zug (190 M. 168 Fr.), hiervon waren 141 Kr. (65 M. 76 Fr.) erblich bela (14 M. 3 Fr.) litten an Paralyse, bei 30 M. war Alkoholismus ursache. Abgang 348 Kr. (187 M. 161 Fr.); 47 (20 M. 27 Fr.) wur 92 (46 M. 46 Fr.) gebessert entlassen, 93 Kr. (57 M. 36 Fr.) st und 5 Fr. an Tuberkulose, 13 Kr. (9 M. und 4 Fr.) an Paralyse. erhängte sich. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 1 waren 9 geisteskrank. 23 Kr. (13 M. 10 Fr.), mußten aus Privatpfle zurückgenommen werden, weil die Revisionskommission unreine sowie schwer sieche Kranke in Privatanstalten nicht wissen w Krankenbestand wird daher immer mehr ein unruhigerer und pflegebe und das Bedürfnis nach Erweiterung der hierzu geeigneten Abteil zusehends größer. Die Anstalt soll deshalb durch Ankauf verg für 1500 Kr. eingerichtet werden. Auf der Frauenabteilung wurde flügel" zu einer modernen Wohn- und Wachabteilung umgebaut u sprechenden Einrichtungen versehen. Im Wärterhause „Kalkofen"

n Wohnungen verwandt. Der Wechsel im Wartepersonal war nach
tark, es wurden verheiratete Frauen als Hilfswärterinnen angenommen.
sgabe 569749 M.
Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 63,05 Pf.

der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen pro
4/05. (Dir. Prof. Dr. *Cramer*.)

and am 1. April 1904: 491 (309 M. 182 Fr.). Zugang 238 (123 M.
darunter 16 mit Paralyse, 7 M. mit Delirium. Bei 86 (44 M. 42 Fr.)
dität nachweisbar. Bei 21 (17 M. 4 Fr.) war Lues, bei 10 M. Alko-
Krankheitsursache. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen
Abgang 281 (140 M. 141 Fr.), genesen 1 Fr., gebessert 88 (45 M.
ngeheilt 157 (77 M. 80 Fr.), gestorben 28 (12 M. 16 Fr.), nicht
nk 6 M. 1 Fr. Der Anstaltsaufenthalt der Genesenen betrug
An Tuberkulose sind 3 (2 M. 1 Fr.) gestorben, an Lungenentzün-
2 M. 3 Fr.). In Familienpflege am Schluß des Berichtsjahres 60
Fr.) in zehn verschiedenen Ortschaften. Die beiden Hofstationen
it Niederdruckdampfheizung versehen, ein Heißluft-Dampfbad ein-
Toxische Psychosen wurden erfolgreich mit Heißluft- und Dampf-
ehandelt. Mit Abänderung der Wasseraborte wurde fortgefahren,
Stationsräume sind jetzt mit Tornado-Spülsystem versehen. Nach
g des neuen Beamtenwohnhauses sind die Beamten mit ihren
aus den Krankenpavillons entfernt. Die Räume der Gärtnerwohnung
s Werkstätten benutzt. Die Mauern verschwinden allmählich mehr
und damit auch der kasernen- und gefängnisartige Charakter der

der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim pro
4/05. (Dir. San.-Rat Dr. *Gerstenberg*.)

and zu Beginn des Berichtsjahres: 684 (375 M. 309 Fr.) einschließ-
in der Ackerbaukolonie Einum. Zugang: 185 (105 M. 80 Fr.), da-
mit Paralyse, 129 (60 M. 69 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 8
r.) mit Hysterie und Epilepsie mit Seelenstörung, 11 (4 M. 7 Fr.)
illität und Idiotie. Zur Beobachtung kamen 13 (12 M. 1 Fr.). 7 M.
ht geisteskrank. Als Krankheitsursache findet sich bei 35 (17 M.
eredität, uneheliche Geburt bei 3 (2 M. 1 Fr.), Trunksucht bei 15
Fr.), Lues bei 7 M. Abgang: 201 (101 M. 100 Fr.), geheilt 32 (14 M.
ebessert 33 (14 M. 19 Fr.), ungeheilt 59 (19 M. 40 Fr.), nicht geistes-
., gestorben 70 (47 M. 23 Fr.), darunter 22 (17 M. 5 Fr.) an Para-
Tuberkulose, 4 an Krebs, 2 durch Suicid. Die Zahl der an Tuber-
rstorbenen, die früher durchschnittlich etwa 14% betrug, hat sich

nfolge der geringeren Belegung der Anstalt, erheblich verringert. Sültekloster wurde ein mit einer kleinen Kapelle verbundenes Sek neu gebaut.

42 Aufnahmeanträge mußten abgelehnt werden. Gesamtausgabe 1

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneb 1904/05. (Dir. Dr. *Snell.*)

Bestand am 1. April 1904: 648 (319 M. 329 Fr.). Zugang: 22 94 Fr.), darunter mit Paralyse 24 (21 M. 3 Fr.). Bei 72 (36 M. 36 erbliche Belastung, bei 18 (17 M. 1 Fr.) Alkoholmißbrauch, bei 10 (9 Lues Krankheitsursache. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes 4 M. 1 Fr.). Abgang: 204 (114 M. 90 Fr.), geheilt 18 (10 M. 8 Fr.), 54 (25 M. 29 Fr.), ungeheilt 62 (39 M. 23 Fr.), nicht geisteskrank storben 69 (39 M. 30 Fr.), darunter 23 (19 M. 4 Fr.) mit Paralyse. An uberkulose starben 2 Fr., an tuberkulöser Meningitis 1 Fr., an Kr an Erysipel 3 (2 M. 1 Fr.). Häufige Entweichungsversuche und auch Entweichungen ohne schlimme Folgen. Im Winter mehrere schw von Erysipelas. Die Bettbehandlung kam in ausgedehntester Weise wendung, Dauerbäder wurden viel mit gutem Erfolg gegeben. Zur gung wurden alle chronischen Kranken, soweit es nur irgend mög herangezogen. An den regelmäßigen Festlichkeiten in den Winte beteiligten sich durchschnittlich 300 Kranke. Großer Wechsel u Warte- und Dienstpersonal; die Beschaffung geeigneten Ersatzes schwierig.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabr 1904. (Dir. Dr. *Schneider.*)

Bestand am 1. April 1904: 398 (153 M. 245 Fr.). Zugang: 1 33 Fr.), darunter 13 (12 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 6 M. mit Alkoholism Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 4 M., davon war 1 nicht krank. Erbliche Belastung war vorhanden bei 68 (29 M. 39 Fr.). nus wird als Krankheitsursache genannt bei 12 (9 M. 3 Fr.). Lues Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 19 M. Abgang: 1 31 Fr.), geheilt 28 (17 M. 11 Fr.), gebessert 59 (18 M. 41 Fr.). nicht 20 (16 M. 4 Fr.), gestorben 44 (19 M. 25 Fr.). An Tuberkulose 1 M. 5 Fr.), an Paralyse 5 (2 M. 3 Fr.), an Lungenentzündung 9 (7 Influenzaerkrankungen kamen während des ganzen Jahres vor; 7 erkrankungen ausgehend von einer Brunnenverunreinigung; eine Rö n der Nähe des Brunnens vorbeigehenden Ableitungskanals war geworden und so Schmutzwasser in den Brunnen gelangt. Zahlreic nordversuche besonders bei hysterischen Kranken. Eine Patientin nachts eine stählerne Stricknadel in den Leib gestoßen und erst an

Abgang erzählt, die vorig im Leibe verschwundene Nadel wurde entfernt.

der Provinzial-Heilanstalt Marsberg i. W. pro 1904.

tand am Begin des Berichtsjahres: 605 Kr. (311 M. 294 Fr.). Zugang 90 M. 99 Fr.). Hiervon litten 7 Kr. (5 M. 2 Fr.) an Paralyse, in 3 M. 1 Fr.) war Lues Krankheitsursache. Erbliche Belastung war bei 3 M. 29 Fr.) nachzuweisen, bei 11 Kr. (10 M. 1 Fr.) war Trunksucht sursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 16 Kr. Fr.).

ang 188 Kr. (100 M. 88 Fr.), und zwar wurden geheilt entlassen 3 M. 27 Fr.), gebessert 39 Kr. (17 M. 22 Fr.), ungeheilt 63 Kr. (40 M. Gestorben sind 37 Kr. (21 M. 16 Fr.), davon 4 Kr. (2 M. 2 Fr.) an se. Zur Beobachtung kamen 4 M., davon waren 2 geistesschwach des § 6 BGB., die beiden anderen waren geistig minderwertig aber teskrank.

zweite Oberarztstelle wurde eingerichtet. Die Kochküche wurde vergrößert und mit neuen Einrichtungen versehen. Die Beköstigung nken kostete pro Kopf und Tag 73,07 Pf.

der Provinzial-Heilanstalt Lengerich i. W. pro 1904.

and am Beginn des Berichtsjahres: 630 Kr. (342 M. 288 Fr.). Zugang 14 M. 69 Fr.), hiervon litten 16 M. an Paralyse, bei 4 M. war Lues ar. Bei 21 M. war Trunksucht Krankheitsursache. 53 Kr. (26 M. aren erblich belastet. Abgang 158 Kr. (101 M. 57 Fr.), hiervon eheilt entlassen 32 (16 M. 16 Fr.), gebessert 34 Kr. (17 M. 17 Fr.), 36 Kr. (32 M. 4 Fr.). Gestorben sind 49 Kr. (31 M. 18 Fr.), 6 % flegten, davon 11 Kr. (4 M. 7 Fr.) an Tuberkulose. Zur Beobachtung Kr. (5 M. 2 Fr.). Die Zahl der Familienpfleglinge ist auf 26 Kr. Fr.) gestiegen. Die neugeschaffene II. Oberarztstelle wurde sofort Zwei Siechenabteilungen für je 38 Kr. mit getrennten Räumen für Kranke wurden neu gebaut. Die zur Befreiung des Brunnenwassers lstein aufgestellten Reinigungsapparate arbeiten nur unvollkommen. stigung aller Kranken kostete pro Kopf und Tag 70,0545 Pf.

der Provinzial-Heilanstalt Münster i. W. pro 1904.

and am Beginn des Berichtsjahres: 618 Kr. (249 M. 369 Fr.). Zugang 19 M. 99 Fr.), hiervon litten 15 Kr. (11 M. 4 Fr.) an Paralyse, bei l. 1 Fr.) war Lues nachweisbar, bei 17 Kr. (14 M. 3 Fr.) war Trunk- nkheitsursache. Erbliche Belastung fand sich bei 79 Kr. (36 M. gang 176 Kr. (114 M. 62 Fr.), und zwar geheilt 33 Kr. (13 M. 20 Fr.), 40 Kr. (23 M. 17 Fr.) ungeheilt 59 Kr. (50 M. 9 Fr.). Gestorben

Digitized by Google

Tuberkulose. 3 Fälle von Scharlach, wovon einer letal verlief. Z
Achtung kamen 14 Kr. (13 M. 1 Fr.). 41 Aufnahmeanträge mußte
Platzmangel abgelehnt werden. Die neu geschaffene II. Oberarztstel
sofort besetzt. Eine Baracke für infektiöse Kranke wurde neu ge
Waschküche vergrößert. Ein Teil der alten Aborte wurden entfernt u
Wasserklosetts ersetzt. Die Beköstigung kostete für alle Kranke
schnittlich pro Kopf und Tag 75,845 Pf.

Bericht der Provinzial-Heilanstalt Aplerbeck i. W.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 688 Kr. (353 M. 335 Fr.)
188 Kr. (100 M. 88 Fr.); hiervon litten 23 Kr. (20 M. 3 Fr.) an Par
5 M. war Lues nachweisbar; bei 12 Kr. (9 M. 3 Fr.) war Trunksuch
heitsursache. Erbliche Belastung fand sich bei 51 Kr. (26 M. 25 Fr.).
178 Kr. (87 M. 91 Fr.): geheilt 22 Kr. (11 M. 11 Fr.), gebessert 30 I
18 M.), ungeheilt 56 Kr. (27 M. 29 Fr.), gestorben 47 Kr. (17 M. 30 Fr
(10 M. 6 Fr.) an Paralyse, 4 Kr. (1 M. 3 Fr.) an Tuberkulose und
Krebs. 1 Typhusfall mit letalem Ausgang. Zur Beobachtung kamen
(20 M. 3 Fr.), hiervon waren 3 Fr. und 2 M. geisteskrank. In Fami
15 Kr. (6 M. 9 Fr.). Die Beköstigung kostete für alle Kranken dur
lich pro Kopf und Tag 71 Pf.

Bericht der Provinzial-Pflegeanstalt Eickelborn pro 190

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 514 Kr. (263 M. 251 Fr.
102 Kr. (80 M. 22 Fr.), hiervon litten 81 Kr. (68 M. 13 Fr.) an
Seelenstörung, 4 Kr. (3 M. 1 Fr.) an Paralyse, 11 Kr. (5 M. 6 Fr.)
zillität und Idiotie, 6 Kr. (4 M. 2 Fr.) an Epilepsie. Von den Aufge
waren 13 Kr. erblich belastet, 7 Kr. trunksüchtig, bei 12 Kr. war
bei 2 Kr. Kopfverletzung Krankheitsursache. Abgang 35 Kr. (18 M
gestorben 32 Kr. (15 M. 17 Fr.) = 5,2 % der Verpflegten. An Tu
starben 5 Kr., an Paralyse 3 Kr., 1 Kr. durch Ersticken infolge Vers
beim Essen. 3 Kr. wurden in andere Anstalten versetzt.

Die 1883 eröffnete Anstalt wurde 1903 und 1904 durch eine
Neubauten wesentlich erweitert.

Das Beamten- und Pflegepersonal besteht aus: 1 ärztlichen
1 Oberarzt, 1 katholischen Anstaltsgeistlichen, 1 Oberpfleger, 29
43 barmherzigen Schwestern, 1 Inspektor und 1 Hausmeister. Die Be
betrug pro Kopf und Tag 52,70 Pf.

Digitized by Google

r Irren-Heil- und Pflegeanstalt Wellmünster 1904/05. Dr. *Lantzius-Beninga.*)

tatsjahr begann mit einem Bestande von 726 Kr. (342 M. 384 Fr.) Kr. (112 M. 71 Fr.) Abgang 151 Kr. (88 M. 63 Fr.), hiervon sind 8 Kr. (41 M. 27 Fr.). Bestand am 31. März 1905: 759 Kr. (366 M. urchschnittsbestand pro Tag 746 Kr. 50 % der Aufnahmen waren stet, bei 37 Kr. (35 M. 2 Fr.) war Alkoholismus, bei 16 Kr. (12 M. Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 3 M. 5 Fr.) der Aufgenommenen. 47 % aller verpflegten Männer raft! Zur Beobachtung kamen 5 forensische Fälle, davon waren nk. Es kamen 3 Fälle von Typhus vor, 2 mit letalem Ausgang. uberkulose starben 4 M. Die Gesamtsterblichkeit betrug 9 %. ne, protrahierten und Dauerbädern wurde in ausgedehnter Weise emacht, die bestehenden 8 Wachstationen waren beständig voll ert wurde nur im äußersten Notfall. Die im Vorjahr eingeführte Nachtwache" hat sich bewährt. Beschäftigt wurden im Durch- M. u. 124 Fr. in der allgemein üblichen Weise. Die Verpflegungs- ugen pro Kopf und Tag 72 Pf.; 5 Pf. mehr als im Vorjahre infolge n Lebensmittelpreise. Es besteht nur eine Verpflegungsklasse. ung besonderer Villen für Pensionäre wird gewünscht. Unter dem nal fand großer Wechsel statt. Wegen Überfüllung und besonders hme der unruhigen und unsozialen Elemente wurde das Verhältnis er Pflegepersonen zu derjenigen der Kranken von 1 : 7 auf 1 : 6 Wärter und 1 Wärterin erhielten für sechsjährige tadellose Dienst- rämie von je 300 M. Die Zahl der verheirateten Wärter erhöhte auf 10. Das Ärztekollegium bestand aus 6 Ärzten: dem Direktor, n Arzt, 2 Abteilungsärzten und 2 Assistenzärzten.

ler Heil- und Pflegeanstalt Eichberg im Rheingau /05. (Dir. Dr. *Bothe.*)

nd am Beginn des Berichtsjahres 745 Kr. (385 M. 360 Fr.). Zugang 2 M. 83 Fr.). Abgang 191 Kr. (108 M. 83 Fr.), davon genesen 9 Kr. , gebessert 53 Kr. (30 M. 23 Fr.), gestorben 60 Kr. (30 M. 30 Fr.). nahmen (43 M. 33 Fr.) waren erblich belastet, bei 32 M. u. 2 Fr. olismus Krankheitsursache. 49 M. u. 5 Fr. waren mit dem Straf- onflikt gekommen. In vielen Fällen war über Heredität zuverlässiges nitteln, die erbliche Belastung dürfte daher viel höher einzuschätzen ch aus obigen Ziffern ergibt. An Tuberkulose verstarben 11 Kr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 17 M. u. 1 Fr. Aufnahmen litten 14 M. u. 1 Fr. an Paralyse. „Bettverpflegung" er mehr angewandt und betrug schließlich rund 40 %. In Familien- en 54 Kr. Häufiger Wechsel unter dem Wartepersonal, dessen

Digitized by Google

Bericht über die 6 Provinzialheil- und Pflegeans Rheinprovinz. Rechnungsjahr 1904/05.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 4163 Kr. (2172 M. 19 zwar in Andernach 471 Kr. (241 M. 230 Fr.), in Bonn 732 Kr. (386 in Düren 762 Kr (396 M. 366 Fr.). in Galkhausen 644 Kr. (314 in Grafenberg 807 Kr. (440 M. 367 Fr.). in Merzig 747 Kr. (401 Zugang 2653 Kr. (1536 M. 1117 Fr.). Abgang 2406 Kr. (1414 Am Schluß des Berichtsjahres betrug der Bestand 4410 Kr. (2294 34,8% aller Aufnahmen waren erblich belastet (31,1% M. 40,6 625 Kr. (473 M. 152 Fr.) war Alkoholismus Krankheitsursache, (30,7% M. 13,6% Fr.). 17,1% der Aufnahmen (26,8% M. 3,6 mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Die Summe der Tode in Andernach 6,6% aller Verpflegten, in Bonn 7,8%, in Dür Galkhausen 9%, in Grafenberg 8,8%, in Merzig 7%. An starben in Andernach 4%, in Bonn 25%, in Düren 23%, in 9,2%, in Grafenberg 15,8%, in Merzig 27%. Entweichungen k Anstalten vor, sie verliefen harmlos bis auf einen Fall, eine Fra die nach einigen Wochen tot im benachbarten Walde aufgefunde Tod war wohl infolge von Erschöpfung eingetreten. 13 Entl 5 Anstalten, davon je 4 in Andernach und Galkhausen. Fäl kamen in Galkhausen (4 M.) und in Merzig (5 M.) zur Beob Typhus erkrankten in Bonn 1 Fr., in Düren 5 Fr. Die Ätiolog aufgeklärt. Ein Selbstmord bei einer Patientin, bei der bereits übe versuche vereitelt worden waren. Arzneikosten pro Kopf und Verpflegungskosten pro Kopf und Tag 1,61 M. Im Bewahrungshau sind 60 irre Verbrecher verpflegt, der Durchschnittsbestand betrug An Unterstützungsgeldern wurden 12163 M. an Kranke und deren verabreicht. In Galkhausen wurden fünf neue Krankengebäu Wohnhaus für einen Arzt fertiggestellt. Der Neubau der Anstalt bei Süchteln kann Juli 1905 die ersten Kranken aufnehmen. A tember 1904 erfolgte die feierliche Verabschiedung des Geheim *man* in Bonn.

In Bonn und Grafenberg wurden ärztliche Fortbildungskurse Fünf Anstaltsärzte konnten dank der hierfür in den Anstaltshau vorgesehenen Mittel an den Fortbildungskursen teilnehmen.

Bericht der Kreisirrenanstalt Ansbach pro 1904. (Di *feld.*)

Bestand am 1. Januar 1904: 394 (206 M. 188 Fr.). darunte lyse 16 (10 M. 6 Fr.). Zugang: 172 (91 M. 81 Fr.), davon wurde 5 Fr.) aus Erlangen überführt. Von den Neuaufgenommenen li 3 Fr.) an Paralyse, 2 M. an Delirium, nicht geisteskrank waren 3 M

stet, von den an Paralyse Leidenden wurde direkte Belastung bei Frauen festgestellt, indirekte erbliche Belastung bei 50% der 33,3% der Frauen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten . und 1 Fr.). Abgang: 126 (75 M. 51 Fr.), genesen 31 (15 M. essert 35 (23 M. 12 Fr.), ungeheilt 16 (7 M. 9 Fr.), nicht geistes- gestorben 41 (27 M. 14 Fr.), darunter an Tuberkulose 11 (7 M.

der Geschlechtsseite sind jetzt acht Pavillons mit 254 bzw. 240 enutzung. Lebhafter Wechsel unter dem Pflegepersonal, die rasche von Ersatz fiel nicht immer leicht. Gute Erfolge wurden mit , feuchten Packungen und lokalen Kälteapplikationen erzielt. Im villon für 54 ruhige Männer und zwei Landhäuser für Pfleglinge pflegungsklassen.

r Lokalirrenanstalt St. Getreu zu Bamberg pro 1902/04. Dr. *Lehmann*.)

berfüllung der Anstalt wird dauernd schwer empfunden. Eine g der Irrenpflege und -behandlung ist nur bei einer Erweiterung möglich.

d am 1. Januar 1902: 90 (39 M. 51 Fr.). Zugang 86 (45 M. gang: 72 (40 M. 32 Fr.). Bestand am 1. Januar 1903: 104 (44 M. gang: 96 (59 M. 37 Fr.). Abgang: 99 (63 M. 36 Fr.). Bestand ar 1904: 101 (40 M. 61 Fr.). Zugang: 76 (48 M. 28 Fr.). Ab- 3 M. 27 Fr.). Von den Neuaufgenommenen litten 6 an Paralyse, sch-depressivem Irrsinn, 30 an Dementia praecox, 35 an Alkohol- 1903 wurde bei 48 Kr., 1904 bei 46 Kr. genauere Nachforschung nit Rücksicht auf die Krankheitsursache angestellt und dabei erb- ung 15 bzw. 17mal, Alkoholmißbrauch 22 bzw. 23mal als ätio- oment festgestellt.

er Kreisirrenanstalt Bayreuth pro 1904. (Dir. Med.-R. *Kraussold*.)

d am 1. Januar 1904: 679 (368 M. 311 Fr.); davon litten an (21 M. 13 Fr.), Delirium potatorum 5 (4 M. 1 Fr.). Zugang: 227 Fr.), darunter mit Paralyse 24 (15 M. 9 Fr.), Delirium potatorum iche Belastung bestand bei 106 (57 M. 49 Fr.). Mit dem Straf- Konflikt geraten waren 27 M. Abgang: 207 (105 M. 102 Fr.), ge- 6 M. 11 Fr.), gebessert 98 (57 M. 41 Fr.), ungebessert 27 (21 M. t geisteskrank 3 M., gestorben 41 (18 M. 23 Fr.), davon 10 (8 M. Paralyse, 7 (1 M. 6 Fr.) an Tuberkulose, 6 (3 M. 3 Fr.) an Dys- ondenfütterung war für kürzere Zeit bei 14 M. und 22 Fr., für t bei 5 M. und 9 Fr. notwendig. Das schottische Wachsystem eführt und hat sich bewährt.

Digitized by Google

Bericht der Kreisirrenanstalt München pro 1904. (Dir.

Bestand am 1. Januar 1904: 762 (384 M. 278 Fr.), davon li
lyse 104 (66 M. 38 Fr.), an Delirium potatorum 42 (39 M. 3 Fr
357 (227 M. 130 Fr.), darunter mit Paralyse 85 (61 M. 24 Fr.),
tatorum 36 (33 M. 3 Fr.). Erbliche Belastung war vorhanden be
58 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 118 (9
Von den zur Begutachtung Eingewiesenen waren 12 (11 M. 1 Fr.)
krank, 22 (18 M. 4 Fr.) geisteskrank. Abgang: 328 (207 M. 121
24 (13 M. 11 Fr.), gebessert 72 (46 M. 26 Fr.), ungebessert 133 (8
gestorben 89 (51 M. 38 Fr.), davon an Tuberkulose 13 (4 M. 9

Die Umbauung der Anstalt von allen Seiten, die jahrelange
das Fehlen moderner Einrichtungen und ausreichender Arbeitsge
die Kranken haben die Verhältnisse seit langem zu unerfreulich
Die Einrichtung der neuen Anstalt München-Eglfing geht ihrer Vo
gegen. Dies der letzte Bericht der alten Münchener Anstal
v. Solbrichs Angaben 1857—59 erbaut, lange Zeit eine Muste
Erweiterungen und Verbesserungen wurden ihr besonders unte
Leitung 1875—77 zuteil.

Die Königliche Psychiatrische Klinik in München.
zur Eröffnung der Klinik am 7. November 1904
Dr. *Emil Kraepelin*. II. Baubeschreibung der
Heilmann und *Littmann*. Leipzig 1905. V
J. A. Barth.

Nach einem kurzen Rückblick auf Entstehung und Entw
psychiatrischen Klinik in München, nach Würdigung ihrer bishe
entwickelt *K.* in formvollendeter Weise die Zwecke, denen die K
soll. Reder gibt eine knappe Übersicht über das großartige R
für Krankendienst, Unterricht und wissenschaftliche Forschung,
Fürsorge der maßgebenden Behörden, zur Verfügung steht. Di
auch die Rolle eines Stadtasyls für München zufällt, ist zunächst fü
eingerichtet. „Zellenlose Behandlung" soll Grundsatz sein.
Drittel der Kranken werden in Überwachungsabteilungen und
von ihnen mit „Bettruhe" behandelt werden. Zur Behandlun
regungszuständen stehen reichliche Badegelegenheiten, für Daue
18 Wannen in fünf entsprechend eingerichteten Räumen zur
Reichliches Pflegepersonal 1:5. Schwesternpflege (Orden der b
Schwestern) soll, soweit angängig, auch auf männliche Kranke
werden. Der Kern des Unterrichts soll die klinische Psychiatrie

Die Baubeschreibung der Klinik gibt an der Hand verschie
dungen und Pläne einen kurzen Überblick über Grundriß und
teilung und Einrichtung der Räume im Erd- und in den drei Obe

tswerk angeschlossen. Sie ist mit Niederdruckdampfheizung ver-
ren Heizkörper, glatte Radiatoren, durchweg auf Konsolen in den
chen angebracht sind.

Bericht aus der psychiatrischen Klinik der Universität rzburg von Professor *Rieger*. 1905. Verlagsdruckerei zburg.

Grund von Urkunden des Juliusspitals in Würzburg, einer einzig-
adition der Würzburger Psychiatrie, schildert Verf. die räumlichen
se, unter denen die Geisteskranken in den ersten Jahrhunderten
spitals verpflegt worden sind. Danach ist es eine falsche An-
man vor 300 Jahren mit Geisteskranken nichts anderes anzu-
wußt habe, als sie einzusperren. Diejenigen Fälle, die der
nicht bedurften, befanden sich unter den übrigen Kranken des
ie der Isolierung Bedürftigen befanden sich im „Kerker der Wahn-
im Gefängnis der Angefochtenen. Für sie war eine besondere
eine Pfründnerin mit fast moderner Instruktion bestellt. Ent-
n, selbst mit Ketten, waren nicht selten. Die Einsperrung kann
e allzu schlimme gewesen sein, es muß eher zu viel als zu wenig
eherrscht haben. Die vielen „Heilungen" der Urkunden um 1600
Ausfluß des therapeutischen Optimismus der damaligen Zeit. Es
venigstens sehr unwahrscheinlich, daß diese „Heilungen" in Wirklich-
Rückkehr zur Norm gewesen sind. Bei der Betrachtung der in der
der Würzburger Psychiatrie angewandten Heilmittel kommt Verf.
chluß, daß im Jahre 1600 eine gewisse naiv-natürliche Gläubigkeit
medicatrix naturae geherrscht hat, im Jahre 1800 dagegen ein
natürlicher Aberglauben an gräßliche Prozeduren. Das Jahr 1600
dliche und anziehende, das Jahr 1800 häßliche und abstoßende Züge.

ft zu der Feier des fünfzigjährigen Bestehens der unter-kischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck (1855/1905), ebracht von der Psychiatrischen Klinik der Universität zburg.

neck ist für die Würzburger Psychiatrie nicht erst seit 1855 als
ches Schwesterinstitut von Wichtigkeit geworden. Sondern schon
rhundert sind zufällig gerade aus dem „Lustschloß Werneck" die
Erlasse ergangen in bezug auf die Psychiatrie des Juliusspitals
irstbistums überhaupt." Verschiedene dieser Erlasse und Reskripte
sprochen und kritische Bemerkungen daran geknüpft. Die Schrift
n eine Abhandlung über die Trunksucht und die „Suchten" über-
en.

Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1903
Verlag von F. C. W. Vogel. 1905.

Zu Beginn des Berichtsjahres befanden sich in 7 Anstalten 43
2348 Fr.), und zwar in Sonnenstein 531 (299 M. 232 Fr.), Unter
(212 M. 238 Fr.), Zschadraß 440 (233 M. 207 Fr.), Großschweidnitz
191 Fr.), Hubertusburg 1357 (449 M. 908 Fr.), Colditz 597 (311
und in der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische Hochweitzschen
286 Fr.). Zugang 805 (417 M. 388 Fr.), und zwar in Sonnenstein
64 Fr.), Untergöltzsch 169 (91 M. 78 Fr.), Zschadraß 110 (46
Großschweidnitz 102 (47 M. 55 Fr.), Hubertusburg 150 (76 M. 74
33 (18 M. 15 Fr.), Hahweitzschen 92 (54 M. 38 Fr.). Die Alters
bei den in den Irrenanstalten aufgenommenen Männern und
nicht erheblich, in den Altersklassen zwischen 50 und 70 Jahren
die Frauen; bei beiden Geschlechtern gehören die meisten Erk
Lebensalter zwischen 30 und 40 Jahren an. Bei 53,7 % der N
menen betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme 3—12 Mon
war zuvor bis zu 3 Monate krank gewesen, 11,7 % bis zu 6 M
13,9 % bis zu 12 Monaten. Erheblich ungünstiger stellten sich
hältnisse bei der Anstalt für Epileptische dar. Von den den In
Zugeführten litten 97 M. (27,4 %) u. 18 Fr. (5,8 %) an Paral
hatten 35 M. (36 %) u. 4 Fr. (44,5 %) Syphilis durchgemacht.
brauch war bei 61 M. (16,8 %) u. 4 Fr. (1,14 %) Krankheitsursac
vergiftung war 1 mal, Bleivergiftung 4 mal, elektrischer Schlag bei
dienst 1 mal Krankheitsursache. Gesamtabgang in den Irrenan
der Anstalt für Epileptische 744 (389 M. 355 Fr.). Als genesen
lich gebessert wurden aus den Irrenanstalten entlassen 246 (108
Gestorben 244 (133 M. 111 Fr.), davon 78 Kr. an Paralyse, 38 (1
an Tuberkulose, 15 an Krebs. Ein Selbstmord durch Erhängen
den Wachsaal angrenzenden Abort. Der Pfleger wurde zu 4 Monat
verurteilt, diese Strafe jedoch auf dem Gnadenwege in Geldstrafe
Geringer Wechsel unter dem Pflegepersonal. In Großschweidn
sonders das weibliche Pflegepersonal gelobt, und angeregt, auch
teilungen der männlichen Seite von Pflegerinnen besorgen zu
Untergöltzsch wird über die geringe Widerstandsfähigkeit der
geklagt; in ihrem Dienst stark mitgenommen werden sie leicht
nervös und versagen dann rasch. Die Errichtung eines Erholun
Pflegerinnen wird angeregt. In Colditz war es nicht mehr m
scholtene und vorbestrafte Kranke voneinander zu trennen.
machten diese Kranken häufig Schwierigkeiten. Die Einrichtung ei
Pflegeanstalt zur Entlastung der Heilanstalten wird als notwendig
Die Behandlung der Kranken hat keine Änderung erfahren. Üb
Zahl der bettbehandelten Frauen größer als die der Männer, in U
ist der Unterschied besonders groß (25,4 % M. 43,3 % Fr.). Die

tiker zu verhindern, Überwachung unruhiger Kranker zu erleichtern, ung zu vermeiden und in vielen Fällen auch hochgradige Erregung ndern. Beschäftigt wurden in Zschadraß gegen 65 %, in Unter- 5 % des durchschnittlichen Bestandes der Männer.

Irrenstation des Männerzuchthauses Waldheim begann das Berichts- 76 Kr. Zugang 31, Abgang 26, Bestand 181. — Die Irrenbeob- ation zu Dresden (120 Betten) hat 1079 (650 M. 429 Fr.) verpflegt durchschnittlichen Tagesbestand von 44 M. u. 44 Fr. Zugang 1003, 23 erblich belastet und 306 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 998. durch Tod. Von den 1079 Verpflegten waren 250 Alkoholiker und kranke. In der Siechenabteilung (1200 Betten) wurden 1688 (797 M. erpflegt. Zugang 654 Kr., hiervon waren 106 erblich belastet, bei lkoholmißbrauch Krankheitsursache. Abgang 663, davon 283 ge- der Irren- und Siechenanstalt der Stadt Leipzig zu Dösen (972 Betten) 46 (336 M. 310 Fr.). Zugang 386 (244 M. 142 Fr.), davon 70 mit 28 mit Alkoholismus. Bei 25 % der Paralytiker war Lues nach- Erbliche Anlage war bei 27,6 % der Aufgenommenen nachweisbar o der Hysterischen, bei 6,2 % der Paralytiker). Abgang 256 Fr.), geheilt 26 (9 M. 17 Fr.), gebessert 69 (54 M. 15 Fr.), ungeheilt 18 Fr.), gestorben 110 (73 M. 37 Fr.). Von den Männern wurden rchschnittlich 58 % und von den Frauen 57 % beschäftigt.

r Irrenheilanstalt zu Leipzig-Thonberg (65 Betten) wurden 88 (46 M. rpflegt, 79 Geisteskranke, 3 Alkoholiker, 6 Nervenkranke.

en 5 Privatanstalten Lindenhof, Tharandt, Möckern, Prödel und (240 Betten) wurden 494 (240 M. 254 Fr.) verpflegt. Zugang 323. mit erblicher Belastung, bei 36 war Alkoholmißbrauch nachweisbar. 8, davon 18 infolge Ablebens.

ler in Württemberg bestehenden Staats- und Privat- talten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epilepti- . 1903.

Zunahme des gesamten Krankenstandes hat auch in diesem Jahre r 100 Kranke betragen. Die Staatsirrenanstalten waren an der er Aufnahmefähigkeit angekommen; die neue Heilanstalt Weinsberg in Bau und Einrichtung noch nicht so weit gefördert, daß sie hätte eintreten können. Trotz andauernder Überbelegung ist die durch- e Mortalität an Tuberkulose nicht gestiegen.

nd am Beginn des Berichtsjahres in den fünf Staatsanstalten M. 907 Fr.). Zugang 493 (284 M. 209 Fr.), und zwar in Winnental 70 Fr.), in Schussenried 131 (86 M. 45 Fr.), in Zwiefalten 89 Fr.), in Weißenau 82 (45 M. 37 Fr.), in Weinsberg 29 (15 M. nter 268 erstmalig oder nach erfolgter Genesung rückfällig auf-

holismus, bei 1,5 % Lues als Krankheitsursache nachzuweisen. Aufnahmen litt an Paralyse, 17 % gehörten der Dementia praecox Die Zahl der an depressivem, periodischem, zirkulärem Irresein ist gestiegen, ebenso die Zahl der Intoxikationspsychosen alkoholis Von den an Paralyse Erkrankten waren 78 % M. und 22 % Fr. erstmalig aufgenommenen Kranken waren mit dem Strafgesetz gekommen, 10,1 % vor und 7,5 % nach der Erkrankung. 662 anträge mußten Platzmangels wegen abgelehnt werden. Abga = 17,8 % aller Verpflegten, und zwar wurden 12,6 % geheilt, bessert (52,4 % geheilt und gebessert), 26 % ungeheilt entlassen; 21,6 %, davon 20,2 % an Tuberkulose. In Schussenried betrug d Todesfälle an Tuberkulose 37,5 % der Gesamtmortalität, in Weiß in Zwiefalten 15,7 % und in Winnental 11,1 %. Von den Gehe 25 % erblich belastet. Im ersten Monate nach der Aufnahme gen der Erkrankten, im zweiten bis dritten Monat 29,2 %, im vierten Monat 10,4 %, im siebenten bis zwölften Monat 4,2 %, nach 12,5 %. Die familiäre Verpflegung hat in Winnental durch die Ur weiblicher Kranken in Familienpflege Fortschritte gemacht und si falten und Weißenau auf der bisherigen Höhe erhalten. Vor behandlung mit Überwachung, Bädern von verschieden langer Beschäftigung wurde in allen Anstalten ausgiebiger Gebrauch ge durch konnte die Anwendung von Narkoticis und Hypnoticis wes geschränkt werden; Isolierungen waren nur selten notwendig. I wurde mit der Blutserumbehandlung der Epileptiker begonnen. I abstinenz wurde überall besondere Aufmerksamkeit zugewandt. falten wurde auf der Kolonie Loretto an geeigneter Stelle eine Baracke mit Liegehalle aufgestellt und darin versuchsweise eine stätte eingerichtet. Die Einrichtung hat sich auch im Winter be

In den Privatanstalten betrug der Bestand am Anfang d jahres 1084 Kr., darunter 653 Staatspfleglinge, am Schlusse des Be 1168 Kr., darunter 707 Staatspfleglinge. 54,2 % aller Verpfle Staatspfleglinge. Der Zugang im Laufe des Jahres betrug 357 P gang 273 Kr. 4 % der Aufnahmen litt an Paralyse, 5,5 % an a Intoxikationspsychosen. Die Zahl der Todesfälle betrug 21 % der oder 4 % aller Verpflegten gegen 3,8 % in den Staatsanstalten. kulose starben 22 % aller Todesfälle. In Pfullingen kamen erkrankungen zur Beobachtung, wovon 7 tödlich verliefen. In endete eine Kranke durch Selbstmord.

Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Emmendi 1904. (Dir. Geh. Med.-Rat Dr. *Haardt.*)

Bestand am Anfang des Berichtsjahres 1348 Kr. (703 M. 64 gang 336 Kr. (179 M. 157 Fr.). Abgang 214 Kr. (118 M. 96 Fr.)

78 Kr. (35 M. 41 Fr.), genesen 6, gebessert 155. An Tuberkulos
16 Kr. Vom Typhus wurden 6 Kr. befallen, einer starb daran. A
arben 2, an innerer Verblutung ebenfalls 2 Kr., davon der eine a
rmblutung, der andere infolge eines Aneurysma der Aorta ascendens
Strafgesetz in Konflikt geraten waren 220 Kr. (181 M. 39 Fr.) de
s. 19 Entweichungen (12 M. 7 Fr.). Eine Anzal schwerer Selbst
uche wurden, mit einer Ausnahme, rechtzeitig entdeckt und vereitel
ne Fall betraf einen Epileptiker, der sich auf dem Abort seiner Ab
erhängte. 31,7% aller Kranken wurde in der allgemein üblich
gelmäßig beschäftigt.
olge der großen Überfüllung (normale Belegzahl 950 Kr.) mußte
tten selbst auf den Korridoren und in einzelnen Tagesräumen auf
verden. Rückkehr zum normalen Bestand wird erst nach Eröffnun
n Anstalt bei Wiesloch erwartet. Die Wasserversorgung machte in
altender Dürre Schwierigkeiten, sie muß notwendig verbessert werde
ellung eines Musiklehrers hat sich sehr bewährt. An den Anstalts
önnen leider nicht alle dazu geeigneten Kranken teilnehmen, den
ch schöne Gesellschaftsraum ist zu klein. In Familienpflege befande
Anfang des Jahres 13 Kr. (3 M. 10 Fr.), am Schlusse 11 Kr. (2 M
Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag einschließlich der Kost
für arbeitende Kranke 65,78 Pf.

ericht der psychiatrischen Klinik Freiburg i. B. 1904
rof. Dr. *Hoche*.)

tand am Beginn des Jahres 138 Kr. (65 M. 73 Fr.). Zugang 431 Kr
175 Fr.). Abgang 403 Kr. (228 M. 175 Fr.), davon gestorben 30
7, gebessert entlassen 138 Kr. Bestand am Ende des Jahres 166 Kr
3 Fr.). Dauernde Überfüllung besonders auf der Männerabteilung
sische Fälle wurden aufgenommen, 15 strafrechtlicher Art, 2 in
igungsverfahren zur Beobachtung. Bei vier Fällen bestand ver
Zurechnungsfähigkeit, einmal wurde Simulation festgestellt, be
len wurde § 51 als nicht zutreffend angenommen. Die Dauerbäde
ch bewährt. Die poliklinische Sprechstunde für Gemütskrankheite
vöse Störungen hatte 150 Zugänge, eine besondere Abteilung fü
anke wurde „außerhalb des klinischen Terrains und außerhalb de
etzes“ eingerichtet.
samtausgaben: 176363,65 M.

ericht der Universitäts-Irrenklinik Heidelberg 1904. (Prof
. *Nissl*.)

tand am Beginn des Jahres 128 Kr. (68 M. 60 Fr.), Zugang 549 Kr
211 Fr.). Abgang 525 Kr. (324 M. 201 Fr.), davon gestorben 38 Kr.

Jahres 152 Kr. (82 M. 70 Fr.). Dauernde Überfüllung aller Ab
Drei Selbstmordversuche (zwei von an Dementia praecox leidenden
wurden rechtzeitig bemerkt und verhindert. Zwei normal verlaufene
Mehrere Kranken litten an Lungentuberkulose, eine Kranke starb a
schwindsucht. Von den Aufgenommenen litten an Alkoholismu
Paralyse 44, an manisch-depressivem Irresein 64, an Epilepsie 42
mentia praecox-Gruppe gehörten 223 Fälle an. Sechs Entweichung
vor. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes wurden 23 M. und
genommen; mit einer Ausnahme schloß sich das Gericht den von
abgegebenen Gutachten an.

Die noch vorhandenen Aborte älteren Systems wurden in Wass
umgebaut.

Gesamtausgabe: 163157,48 M.

Am 1. Oktober 1903 schied Prof. Dr. *Kraepelin* aus seiner St
Leiter der Klinik. Vom 1. April bis 30. September 1904 unterstan
Prof. Dr. *Bonhöffer*, an dessen Stelle am 1. Oktober 1904 Prof. *Nis*

Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Illenau 190
Geh. Rat Dr. *Schüle*.)

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 572 Kr. (265 M. 307
gang 510 Kr. (232 M. 278 Fr.), davon waren 307 Kr. erblich bela
gang 452 Kr. (205 M. 247 Fr.), hiervon gestorben 64 Kr. (31 M. 33
heilt 77, gebessert 234 Kr. Von den Aufnahmen litten 41 Kr. (32
an Paralyse, 39 Kr. (32 M. 7 Fr.) an Alkoholismus; bei 103 Kr. (84
war Alkoholmißbrauch nachzuweisen. Zur Beobachtung wurden elf
Fälle (7 M. 4 Fr.) überwiesen, davon waren sieben geisteskrank.
zirkulärem Irresein leidende Kranke erhängte sich im Beginn der D
Eine junge Wärterin, die, wie nachträglich konstatiert, von Kin
abnorm war und an leichten Verstimmungen litt, nahm nach ein
wechsel mit einer Kranken Morphiumlösung und Opiumtinktur; all
belebungsversuche blieben erfolglos. Acht Typhusfälle, von denen
lich verliefen; die Infektion hatte wahrscheinlich durch das Leitu
stattgefunden. An Tuberkulose verstarben 9 Kr., an Krebs 4 Kr.
sind 8 M. und 4 Fr. Kohlensäurebäder wurden bei Neurastheni
Depressionszuständen mit gestörter Herzaktion erfolgreich angewand
hatte keine günstigen Wirkungen. Die Hydrotherapie konnte au
ruhigen Abteilungen wegen der geringen Zahl der Wannen nich
wünschenswerten Weise durchgeführt werden. Der ständig wachsende
bestand machte auf der Frauenabteilung die Aufstellung weiterer B
wendig und ließ den Mangel besonderer Wachabteilungen für Ru
Halbruhige nur fühlbarer werden. Die entsprechenden neuen Wachal
für Männer wurden in Benutzung genommen und haben sich bew
schäftigt wurden 23,9% Männer und 26,6% Frauen.

bericht der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim 1904. (Di
eh. Rat Dr. *Fischer*.)

stand am Beginn des Jahres 648 Kr. (324 M. 324 Fr.). Zugang 49 K
7 Fr.). Abgang 61 Kr. (32 M. 29 Fr.), davon gestorben 37 Kr. (15 M
geheilt 2 Kr., gebessert entlassen 10 Kr. 20 der Aufgenommene
erblich belastet, 6 litten an Paralyse. Vom Gesamtbestande litte
29 M. 15 Fr.) an Paralyse. Ein Typhusfall. Zahlreiche Erkrankunge
rkulose, woran 15 Kr. (4 M. 11 Fr.) starben. Bei der großen Übe
und der ungeeigneten Anlage der Anstalt war eine wirksame Trennun
ruhigen und ruhigen, reinlichen und unreinlichen Kranken, sowie di
rung der Tuberkulösen unmöglich. Die Isolierräume waren fas
Big belegt. Freie und familiäre Verpflegung war bei dem vorhandene
material nicht angängig, auch die allgemein übliche Arbeitstherapi
dabei kaum angewandt werden. Entmündigt wurden 10 Kr. (4 M
egen Geisteskrankheit.
samtausgabe: 317414,68 M.

der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg be
hwerin i. M. pro 1904. (Dir. Med.-R. Dr. *Matusch*.)

stand am 1. Januar 1904 552 Kr. (287 M. 265 Fr.), davon litten 9 Kr
Fr.) an Paralyse. Zugang 132 Kr. (77 M. 55 Fr.), darunter mit Para
. Abgang 135 Kr. (83 M. 52 Fr.), genesen 19 Kr. (15 M. 4 Fr.), ge
40 Kr. (25 M. 15 Fr.), ungeheilt 27 Kr. (14 M. 13 Fr.), gestorben 4
0 Fr.), nicht geisteskrank 2 M. Von den Neuaufgenommenen ware
I. 23 Fr.) erblich belastet. Es starben an Tuberkulose 7 Kr. (5 M
n Krebs 1 Fr., durch Selbstmord 1 Fr. Zur Beobachtung ihres Geistes
s kamen 8 Kr. (7 M. 1 Fr.), davon waren 2 nicht geisteskrank
384 437 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag durch
h 0,84 M., für einen Kranken der III. Verpflegungsklasse 0,57 M.

der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Gehlsheim bei Rostock i. M
o 1904. (Dir. Geh. R. Dr. *Schuchardt*.)

stand am 1. Januar 1904 290 Kr. (151 M. 139 Fr.); davon litten a
10 Kr. (9 M. 1 Fr.). Zugang 270 Kr. (146 M. 124 Fr.), darunter mi
21 Kr. (20 M. 1 Fr.), mit Delirium 1 Kr. Erblich belastet 72 Kr
5 Fr.). Abgang 278 Kr. (140 M. 138 Fr.); genesen 47 Kr. (25 M. 22 Fr.)
44 (20 M. 24 Fr.), ungeheilt 87 (52 M. 35 Fr.), nicht geisteskrank 3
1 Fr.), gestorben 68 (32 M. 36 Fr.), davon 5 Kr. (1 M. 4 Fr.) a
ose. Zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand kamen 3 M., davo
. nicht geisteskrank. Zur Begutachtung nach Unfall wurden 11 M
mmen.

Digitized by Google

Bericht des Genesungshauses zu Rotha pro 1904. (
Schaefer.)

Zahl der Betten 373: 21 für I. und 352 für II. und III. Klasse.
am 1. Januar 1904 373 (191 M. 182 Fr.), darunter mit Paralyse 1
5 Fr.), mit Alkoholismus 1. Zugang 141 (70 M. 71 Fr.), davon
Paralyse 12 (9 M. 3 Fr.), an Alkoholismus 5 M. Erblich belastet (
33 Fr.). Alkoholmißbrauch nachweisbar bei 20 (18 M. 2 Fr.). Zur
tung seines Geisteszustandes kam 1 M. Abgang 144 (69 M. 75 Fr
gestorben 39 (19 M. 20 Fr.). An Tuberkulose starben 3 (2 M. 1
Paralyse 9 (7 M. 2 Fr.), an Herzruptur 1 Fr., durch Suicid 1 M. In
anstalt für körperliche Kranke Bestand 20, Gesamtzahl der Verpfle

Bericht der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hambur
(Dir. Dr. *Reye.*)

Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 1453 Kr. (704 M. 749
gang 825 Kr. (457 M. 368 Fr.). Abgang 783 Kr. (441 M. 342 Fr.),
geheilt 84 Kr. (33 M. 51 Fr.), gebessert 269 Kr. (172 M. 97 Fr.), un
149 Kr. (87 M. 62 Fr.), gestorben 204 Kr. (110 M. 94 Fr.), vers
Langenhorn 77 Kr. (39 M. 38 Fr.), verbleiben 1495 Kr. (720 M. 775
468 Kr. (187 M. 281 Fr.) des Bestandes war erbliche Belastung nach
106 Kr. (97 M. 9 Fr.) litten an Trunksucht, 109 Kr. (90 M. 19 Fr.)
lyse. Von den Aufnahmen waren 128 Kr. (105 M. 23 Fr.) paraly
127 Kr. (65 M. 62 Fr.) erblich belastet. Heilung erfolgte bei 20 Kr. in
bei 26 Kr. in 1/4 Jahr, bei 20 in 1/2 Jahr, bei 16 Kr. in 1 Jahr, be
in 2 und 4 Jahren. Bestand an Ärzten und Beamten 38, an Schw
an Wartepersonal 197 (109 M. 88 Fr.), an Dienstboten 63 (31 M. 3
toto Angestellte 323 (175 M. 148 Fr.).

Totalausgabe pro Kopf und Tag für 1 Kr. 2,13 M.

Bericht der Irrenanstalt Langenhorn.

Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 544 Kr. (323 M. 221
gang 77 Kr. (39 M. 38 Fr.). Abgang 37 Kr. (27 M. 10 Fr.), verbleibe
davon 5 M. beurlaubt.

Totalausgabe pro Kopf und Tag für 1 Kr. 2,01 M.

Bericht des St. Jürgen-Asyls in Ellen (Bremen) 1904
Dr. *Delbrück.*)

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 390 Kr. (198 M. 192
gang 321 Kr. (196 M. 125 Fr.); hiervon litten 34 Kr. (25 M. 9 Fr.)
lyse und 45 Kr. (40 M. 5 Fr.) an Alkoholismus. Abgang 265 Kr
(90 Fr.); 61 Kr. (28 M. 33 Fr.) wurden geheilt, 87 Kr. (51 M. 36 Fr.)

Digitized by Google

9 M. 21 Fr.) ungeheilt entlassen; 57 Kr. (37 M. 20 Fr.) starben, da-
r. (7 M. und 5 Fr.) an Phthise. Im Berichtsjahre wurde die neue
a Ellen bezogen, deren Bau 1900 begonnen wurde. Sie ist viel zu
l bereits überfüllt, aus der alten Anstalt wurden deshalb die dort
t gewesenen *Döcker*schen Baracken mitgenommen. Schleunige Fort-
es Baues ist dringendes Bedürfnis. Eine Änderung der Enteisenungs-
eim Wasserwerk, sowie Verbesserungen der Zentralheizungsanlage
vendig geworden, sonst hat sich die neue Anlage bewährt.

der Privat-Heil- und Pflegeanstalt Rockwinkel (Stat. Ober-
land) bei Bremen pro 1904. (Dr. *Hermann Engelken.*)
tand am 1. Januar 1904 16 Kr. (5 M. 11 Fr.). Zugang 14 Kr. (7 M. 7 Fr.).
M. 7 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 1 M. mit Paralyse. Abgang
M. 12 Fr.); geheilt 2 Fr., gebessert 6 Kr. (2 M. 4 Fr.), ungeheilt
M. 4 Fr.), gestorben 3 (1 M. 2 Fr.), davon 1 Frau durch Selbstmord
e Belastung war nachweisbar bei 16 Kr. des Bestandes (5 M. 11 Fr.)
Dezember 1904 verblieben 14 Kr. (8 M. 6 Fr.). 2 Fr. in familiärer
Ort unter Verantwortung der Anstalt.

über die Irrenanstalt zu Lübeck 1. April 1899 bis
März 1904. (Dir. Dr. *Wattenberg.*)
tand am 1. April 1899: 142 Kr. (76 M. 66 Fr.).

Zugang	60 Kr.	(28 M. 32 Fr.).	Abgang	58 Kr.	(26 M. 32 Fr.).
„	50 „	(30 „ 20 „).	„	39 „	(20 „ 19 „).
„	68 „	(33 „ 35 „).	„	47 „	(29 „ 18 „).
„	65 „	(28 „ 37 „).	„	65 „	(33 „ 32 „).
„	86 „	(47 „ 39 „).	„	72 „	(33 „ 38 „).

tand am 31. März 1904: 191 Kr. (101 M. 90 Fr.).

eheilt	entlassen wurden	71 Kr.	(41 M. 30 Fr.)	= 25,35 %.
ebessert	„ „	69 „	(30 „ 39 „)	= 24,65 %.
ngeheilt	„ „	64 „	(34 „ 30 „)	= 22,86 %.
estorben sind		73 „	(34 „ 39 „)	= 26,07 %.

Heilungen erfolgte nach 1—3 Monaten, 28 % nach 4—6 Monaten
nach 7—9 Monaten, 19,72 % nach 1 Jahr und länger. Vom Bestand
pril 1899 waren 49,3 % erblich belastet, von den Neuaufnahmen
11,85 % der letzteren litt an Paralyse. 1903 wurde durch eine
Typhus eingeschleppt, im Anschluß daran erkrankten 3 Kr. und
innen an Typhus, sämtliche Fälle verliefen gutartig. Schwer emp
urde hierbei der Mangel einer Infektionsabteilung. Dauerbäder, die
auch des Nachts verabfolgt werden, und hydropathische Packungen
Isolierungen überflüssig und verringerten den Gebrauch der Schlaf

der niemals selbstmörderische Absichten verraten hatte. Grobe
unter den Wärtern (95%). Für verheiratete Wärter sind bisher kei
vorgesehen. Je zwei Oberpfleger und -pflegerinnen.

Löhne der Wärter im 1. Dienstjahr 360 M., im 7. Dienstjahr
„ „ Wärterinnen „ 1. „ 300 „ „ 6. „

Der Bau einer neuen Staatsirrenanstalt als Heil- und Pflegea
Geisteskranke aller Bevölkerungsklassen ist von der Bürgerschaft b
worden.

Bericht der Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld-Hördt pro
(Direktor Dr. *Ransohoff*.)

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 1513 Kr. (747 M. 766 F
von litten 78 (42 M. 36 Fr.) an Paralyse, 40 (39 M. 1 Fr.) an Alk
Zugang 393 Kr. (197 M. 196 Fr.), darunter 33 (25 M. 8 Fr.) mit
26 Kr. (23 M. 3 Fr.) an Alkoholismus. 318 Kr. (165 M. 153 Fr.) wu
erstenmal aufgenommen. Aus anderen Anstalten kamen 117 Kr.
psychiatrischen Klinik in Straßburg i. E. allein 85 Kr. (37 M. 48 F
liche Belastung fand sich bei 68 M. (35,4%) und 73 Fr. (37,2%),
lytischen Männern in 12%, bei paralytischen Frauen in 25%. Vor
malig aufgenommenen Katholiken waren 32,1%, von 97 Protestante
von 11 Juden 57,5% erblich belastet. Alkoholmißbrauch war nac
bei 47 M. und 6 Fr. Von den 25 paralytischen Männern waren 12
von den 8 Frauen nur 1 luetisch infiziert. Mit dem Strafgesetz wa
(41 M. 3 Fr.) in Konflikt geraten. Abgang 435 Kr. (241 M. 194 Fr.)
79 (38 M. 41 Fr.), gebessert 75 Kr. (39 M. 36 Fr.), ungeheilt 71 F
29 Fr.), gestorben 194 (107 M. 87 Fr.). Zur Beobachtung ihres
standes kamen 13 Kr., davon 2 zur Begutachtung im Entmündigungs
Die hohe Sterblichkeit (10,4% aller Verpflegten) war bedingt durc
günstigen Gesundheitszustand in Hördt; in Stephansfeld starben
Verpflegten. In Hördt kamen vom Januar ab 17 Typhusfälle vor;
3 M. 2 Fr. Die Quelle der Infektion wurde nicht entdeckt. An
Dickdarmerkrankung starben in Hördt 12 Kr., an Tuberkulose 35
75jähriger Melancholiker erhängte sich kurz nach Rückkehr von
Urlaub. Nachruf für den an den Folgen einer ihm von einem Geist
beigebrachten Verletzung verstorbenen Direktor S.-R. Dr. *Forster*.
erbauter Pavillon für unruhige Frauen wurde in Benutzung genom
Gesamtausgabe: 725731 M.

Bericht der Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd pr
(Direktor Geh. San.-R. Dr. *Dittmar*.)

Bestand am 1. Januar 1904: 602 Kr. (284 M. 318 Fr.); davon
Paralyse 18 Kr. (39 M. 19 Fr.), an alkoholischer Seelenstörung

ugang 205 Kr. (152 M. 75 Fr.), darunter mit Paralyse 31 Kr. (17 M.
it Alkoholismus 4 (3 M. 1 Fr.). Bei 45 Kr. (40 M. 5 Fr.) war Alko-
Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen
Kr. (31 M. 3 Fr.), bestraft 30 Kr. (28 M. 2 Fr.), davon wohl schon
teskrank. Abgang 208 Kr.; geheilt 27, gebessert 79, ungeheilt 44,
58. 34,48% starben an Lungenentzündung, 8,62% an Lungen-
cht. 3 Fr. starben an Ruhr, 2 Fr. an Typhus. 14 Fälle von Ge-
12 Fälle von Influenza. Zwei Selbstmorde. Bettbehandlung
ittlich bei 16,08%. Beschäftigt wurden durchschnittlich 50,6%
ken.
gabe: 343471 M.

der oberösterreichischen Landesirrenanstalt Niedernhart
1904. (Dir. Dr. *Schnopfhagen.*)

enzahl 650. Gesamtausgabe 433009 K., pro Kopf und Tag 1 K.
östigung pro Kopf und Tag 85,39 h. Bestand 600 (284 M. 316 Fr.),
mit Paralyse 46 (24 M. 22 Fr.), mit Alkoholismus 20 (19 M. 1 Fr.).
23 (167 M. 156 Fr.), davon 48 (40 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 18 (14 M.
t Alkoholismus. Abgang 262 (134 M. 128 Fr.), geheilt 56 (22 M.
n andere Anstalten 20 (12 M. 8 Fr.), sonstiger 118 (58 M. 60 Fr.),
68 (42 M. 26 Fr.), an Paralyse 31 (24 M. 7 Fr.), an Tuberkulose 10
r.), an Krebs 1 Fr. Der neuerbaute, zwei Stockwerk hohe Frauen-
vurde bezogen.

des Landesausschusses des Erzherzogtums Österreich u. d.
. Wohlfahrtsangelegenheiten. 1. Juli 1903 bis 30. Juni
04. Landesirrenanstalt Wien. (Dir. Dr. *Tilkowsky.*)

tand am 1. Januar 1903: 955 (507 M. 448 Fr.), darunter 205 (152 M.
nit Paralyse, 27 (26 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 1551
58 Fr.); 356 (273 M. 83 Fr.) mit Paralyse, 173 (156 M. 17 Fr.) mit
nus. 189 (64 M. 125 Fr.) der Aufgenommenen waren erblich be-
ei 240 (215 M. 25 Fr.) war Alkoholmißbrauch, bei 269 (237 M.
var Syphilis Krankheitsursache. 26 (19 M. 7 Fr.) kamen aus der
er Untersuchungshaft. Direkte Aufnahmen 872 (563 M. 309 Fr.),
linik 635 (302 M. 333 Fr.), aus anderen Anstalten 44 (28 M. 16 Fr.).
390 (805 M. 585 Fr.); geheilt 227 (140 M. 87 Fr.), versetzt in andere
612 (354 M. 258 Fr.), in häusliche Pflege 168 (62 M. 106 Fr.), gegen
62 (95 M. 67 Fr.), gestorben 219 (152 M. 67 Fr.), entwichen 2 M.
rkulose starben 15 Kr. 16 Fälle von Erysipel. Mechanische Zwangs-
s chirurgischen Gründen bei 21 Kr.: 13mal Zwangsjacke, 8mal

Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Öhling. (Dir. Dr. *Starlinger*.)

Bestand am 1. Januar 1903: 985 (525 M. 460 Fr.), davon Kolo (188 M. 169 Fr.), mit Paralyse 19 (14 M. 5 Fr.), mit Alkoholismus gang in der Heilanstalt 402 (190 M. 212 Fr.), darunter 44 (30 M. Paralyse, 18 M. mit Alkoholismus. Zugang in der Kolonie 171 (92 81 (26 M. 55 Fr.) der Neuaufgenommenen waren erblich belast (25 M. 3 Fr.) war Lues, bei 46 (43 M. 3 Fr.) war Alkoholismus ursache. Aus der Straf- oder Untersuchungshaft kamen 4 M. A heilt 74 (45 M. 29 Fr.), in eine andere Anstalt 72 (30 M. 42 Fr.), in Pflege 29 (18 M. 11 Fr.), gegen Revers 40 (17 M. 23 Fr.), gestorben 33 Fr.), entwichen 12 M., aus der Heilanstalt in die Kolonie 40 (16 Erysipel kam 17mal, Typhus 1mal, Skorbut 3mal zur Behandlu traten plötzlich und unaufgeklärt mehrfach Massendiarrhöen auf. kulose starben 12 Kr. Schutzjacke 8mal aus chirurgischen Gründ bett bei unruhigen Siechen und bei zu impulsiven Handlungen Kranken, Die Abstinenz lebt sich mehr und mehr ein. Der ge Kommission wurden an 33 Tagen 254 Kr. vorgestellt; geheilt erklä 13 M. 3 Fr.

Landes-Pflegeanstalt Ybbs unter Oberleitung von Maue

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 579 (293 M. 286 Fr.), (141 M. 144 Fr.) geisteskranke Sieche. Zugang 131 (62 M. 69 Fr.), direkter 23 (12 M. 11 Fr.), darunter 3 M. mit Paralyse, 1 M. mit mus, der Rest aus anderen Anstalten. Abgang 60 (37 M. 23 Fr. kranke und 60 (30 M. 30 Fr.) geisteskranke Sieche, davon geheilt 4 (2 M. 2 Fr.), gestorben 72 (38 M. 34 Fr.). 15 Erkrankungen a tuberkulose (4 M. 11 Fr.). Die hohe Mortalität erklärt sich aus d großen Zahl marastischer, unreiner Kranken. Obwohl fast alle beschäftigungsfähigen Kranken in andere Anstalten versetzt sind, dennoch eine geringe Anzahl halbwegs arbeitsfähiger Pfleglinge finden. 37 M. und 30 Fr. wurden auf ihren Geisteszustand unte begutachtet.

Landes-Irrenanstalt Klosterneuburg. (Dir. Dr. *Weiß*.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 588 (340 M. 248 Fr.), d (58 M. 13 Fr.) mit Paralyse, 20 M. mit Alkoholismus. Zugang 36 157 Fr.), und zwar direkt aus der Familie 254 (144 M. 110 Fr.), du port 111 (64 M. 47 Fr.); 69 (52 M. 17 Fr.) mit Paralyse, 46 (43 mit Alkoholismus, Syphilis war bei 38 (33 M. 5 Fr.), Alkoholmiß

13 Fr.), in andere Anstalten 77 (38 M. 39 Fr.), gestorben 84 (49 M.
nstiger Abgang 99 (57 M. 42 Fr.). 20 Todesfälle durch Tuber-
ei dem Fehlen eines dauernd benutzbaren Isolierpavillons war eine
nde Isolierung der Tuberkulösen vielfach schwierig. Zwei Typhus-
Erysipelerkrankungen auf verschiedenen Abteilungen ohne nach-
rsache. Durch Bettbehandlung in den Wachsälen und prolongierte
die Unreinlichkeit der Kranken nahezu geschwunden und die An-
on Beschränkungen überflüssig geworden.
7 gerichtsärztlichen Kommissionen wurden 238 Kr. untersucht und
.

rrenanstalt Kierling-Gugging. (Dir. Dr. *Schlöß.*)

nd zu Beginn des Berichtsjahres 757 (365 M. 392 Fr.), darunter 79
Fr.) mit Paralyse, 32 (31 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 399
4 Fr.), und zwar direkt 126 (70 M. 56 Fr.), aus anderen Anstalten
I. 118 Fr.); hierunter 68 (46 M. 22 Fr.) mit Paralyse, 45 (42 M.
Alkoholismus. Von den Neuaufgenommenen waren 47 (5 M. 42 Fr.)
lastet, bei 24 (21 M. 3 Fr.) war Lues, bei 68 (58 M. 10 Fr.) Alko-
Krankheitsursache. Abgang 295 (155 M. 140 Fr.), geheilt 69 (45 M.
häusliche Pflege 10 (2 M. 8 Fr.), gegen Revers 53 (17 M. 36 Fr.),
Anstalten 88 (50 M. 38 Fr.), entwichen 2 M., gestorben 72 (38 M.
Mehrere Fälle von Erysipel und Dysenterie. 8 Todesfälle durch
se, 6 Typhusfälle, wovon 2 letal verliefen. Eine sonst vollkommen
chäftigte Kranke stürzte sich in selbstmörderischer Absicht von der
prosse einer Stehleiter; sie genas von der hierbei erlittenen schweren
letzung. Bei 20 gerichtsärztlichen Kommissionen wurden 276 Kr.
und 20 als wieder dispositionsfähig erkannt.

der mährischen Landesirrenanstalt in Brünn pro 1904.

nd zu Beginn des Berichtsjahres 646 (344 M. 302 Fr.), darunter 47
r.) mit Paralyse, 54 (44 M. 10 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 536
7 Fr.), 67 (59 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 69 (60 M. 9 Fr.) mit Alko-
Abgang 477 (274 M. 203 Fr.), geheilt 80 (47 M. 33 Fr.), gebessert
30 Fr.), gegen Revers 34 (17 M. 17 Fr.), ungeheilt 59 (30 M. 29 Fr.),
Anstalten 103 (59 M. 44 Fr.), entwichen 2 M., gestorben 118 (68 M.
von an Tuberkulose 5 (4 M. 1 Fr.), an Krebs 2 Fr., an Typhus 1 M.

der Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt Feldhof bei
nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach, Hartberg pro
3. (Dir. Dr. *Sterz*).

Digitized by Google

der Betten in Feldhof 1024, in Lankowitz 118, in Kainbach 143,

in Kainbach 45136 K., in Hartberg 5632 K. Ausgabe pro Kopf
Feldhof 1 K. 83 h, in Lankowitz 86,25 h, in Kainbach 89,4 h,
84,29 h. Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1344 (680 M. 66
unter mit Paralyse 99 (71 M. 28 Fr.), mit Alkoholismus 52 (4
Zugang 715 (377 M. 338 Fr.), mit Paralyse 84 (62 M. 22 Fr.), mi
mus 46 (40 M. 6 Fr.). Abgang 633 (335 M. 298 Fr.), geheilt
73 Fr.), in andere Anstalten 76 (40 M. 36 Fr.), sonstiger 218 (12
gestorben 216 (122 M. 94 Fr.), blieb Bestand 1426 (722 M. 704 F
mit Paralyse 95 (71 M. 24 Fr.), mit Alkoholismus 47 (40 M. 7 Fr
achtung 3 (2 M. 1 Fr.). 10 Entweichungen. 21 Fälle von Erysipel.
erkrankungen. An Tuberkulose starben 49 (24 M. 25 Fr.). D
mord 2 (1 M. 1 Fr.). Bei der Visite wurde ein Arzt von einem
ruhigen Paranoiker hinterrücks mit einem Stuhle niedergeschlag
dem das Bewußtsein zurückgekehrt, wurde die 7 cm lange Wund
Scheitelbein vernäht; die Heilung verlief normal.

Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg. (Primärarzt *berger.*)

Zahl der Betten 200. Die Anstalt hatte zu Beginn des B
194 Kr. (94 M. 100 Fr.). Zugang 27 (13 M. 14 Fr.). Abgang 21 (
davon gestorben 13, blieb Bestand 202 (100 M. 102 Fr.).

Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1904. Budapest

Die Zahl der in Anstaltspflege befindlichen Geisteskranken
Vorjahre, wiederum um rund 500 zugenommen. Mit dem Bau einer
schen Klinik im Zusammenhang mit dem in Pest im Entstehen
Universitätsspital ist begonnen worden; sie soll für 150 Kr.
werden. Die Einführung der Familienpflege wird beabsichtigt,
Anschluß an das Dicsöszentmártaner allgemeine Krankenhaus. I
Krankenhäusern zu Sátoraljaujhely und Pécs verbundenen neue
anstalten sind soweit, daß ihre Belegung Anfang 1905 hat erfolg
Bestand in den vier Staatsanstalten am 1. Januar 1904 2058 (1194
darunter mit Paralyse 261 (221 M. 40 Fr.), mit Alkoholismus 74 (
Zugang 1364 (848 M. 516 Fr.), mit Paralyse 339 (261 M. 78 Fr.)
holismus 90 (89 M. 1 Fr.). Abgang 1061 (688 M. 373 Fr.), geheilt
86 Fr.), gebessert 231 (106 M. 125 Fr.), ungeheilt 229 (169 M. 6
geisteskrank 15 (12 M. 3 Fr.), gestorben 361 (262 M. 99 Fr.).
ursachen: Heredität 386 mal, Entwickelungsfehler und angebor
215 mal, Schädelverletzung 51 mal, Typhus 23 mal, Lues 81 mal, A
278 mal, Gemütseinwirkungen 144 mal, Pellagra 11 mal. Forensisch
(107 M. 29 Fr.).

Digitized by Google

Außer in den vier Staatsanstalten waren anderweitig in g

darunter 449 (362 M. 87 Fr.) mit Paralyse, 114 (91 M. 23 Fr.) mit
us. Zugang 2825 (1735 M. 1090 Fr.), 581 (447 M. 134 Fr.) mit
365 (343 M. 22 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 2576 (1609 M.
eheilt 473 (303 M. 170 Fr.), gebessert 868 (489 M. 379 Fr), ungeheilt
M. 143 Fr.), nicht geisteskrank 32 (27 M. 5 Fr.), gestorben 839
0 Fr.). In 50 allgemeinen Krankenhäusern sowie 19 Krankenhäusern
chem Charakter befanden sich außerdem am 1. Januar 1904 483
11 Fr.). Zugang 1119 (653 M. 466 Fr.). Abgang 1102 (634 M.

ber die Zürcherische kantonale Irrenanstalt Burghölzli 1904. (Dir. Dr. *Bleuler*.)

nd am 1. Januar 1904: 380 (178 M. 202 Fr.). Zugang 332 (194 M.
avon waren frische Aufnahmen 276 (156 M. 120 Fr.), 22 (19 M.
Paralyse, 48 (35 M. 13 Fr.) mit Alkoholismus, nicht frische Auf-
(37 M. 16 Fr.), 3 (2 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 2 M. mit Hirnlues,
lkoholismus. Abgang 324 (195 M. 129 Fr), geheilt 39 (25 M. 14 Fr.).
144 (90 M. 54 Fr.), ungebessert 95 (57 M. 38 Fr.), gestorben 43
Fr.), nicht geisteskrank 3 (1 M. 2 Fr.). Todesursache bei 6 (2 M.
erkulose, bei 1 Fr. Typhus, bei 1 M. Karzinom, bei 1 M. Suicid.
mord betraf einen zufriedenen, gleichgültigen Paralytiker, bei dem
Eventualität nicht gedacht werden konnte. 10 Entweichungen.
gang: 71 (37 M. 34 Fr.), innerhalb des Parkes 65 (23 M. 42 Fr.),
der Höfe 64 (17 M. 47 Fr.). Handschuhe bei 3 Fr. wegen Selbst-
ng. Beschäftigt wurden 76,8% M. und 80,5% Fr. Prekäre
ältnisse, häufiger Wechsel, mangelhafter Ersatz.

der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt pro 4. (Dir. Prof. Dr. *Wolff*.)

nd zu Beginn des Berichtsjahres 286 (135 M. 151 Fr.), darunter 23
r.) mit Paralyse, 18 (8 M. 10 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 246
6 Fr.), 18 (10 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 36 (32 M. 4 Fr.) mit Alko-
Bei 8 (3 M. 5 Fr.) mit Paralyse war Lues nachweisbar, bei 7
r.) wahrscheinlich. Zur Beobachtung kamen 3 M. Abgang 263
2 Fr.), geheilt 46 (23 M. 23 Fr.), gebessert 105 (53 M. 52 Fr.), un-
71 (30 M. 41 Fr.), gestorben 38 (22 M. 16 Fr.), nicht geisteskrank
den Genesenen wurden 23 nach 1 Monat, 13 nach 2—3 Monaten,
-6 Monaten, 5 nach 7—12 Monaten, 1 nach 2—3 Jahren entlassen.
60 M. 73 Fr.) der frischen Aufnahmen war Heredität festgestellt.
kulose starben 7 (5 M. 2 Fr.). An Herz- und Gefäßkrankheiten 10
.). Die Einführung der Wachsaalbehandlung ermöglichte ununter-

aus anderen Gründen überwachungsbedürftigen Kranken und die D konsequenter Bettbehandlung bei akuten Krankheitszuständen. Di Anlagen gestatten vorläufig noch nicht, hiermit auch eine ration therapeutische Behandlung zu verbinden. Der Arbeitstherapie wurd Aufmerksamkeit zugewandt. Sondenernährung in zahlreichen Fäl lancholikern, Katatonikern, Paralytikern. An Stelle des zurüc Direktors Prof. Dr. *Wille* wählte der Regierungsrat Dr. *Wolff* zu und Professor.

Jahresberichte der bernischen kantonalen Irrenanstalten Münsingen und Bellelay pro 1904. (Dir. Dr. *Glaser*, *Brauchli*.)

Waldau: Bestand am 1. Januar 1904: 577 (286 M. 291 Fr mit organischen Störungen 45 (20 M. 25 Fr.), mit Intoxikationsps (21 M. 4 Fr.). Zugang 161 (89 M. 72 Fr.), mit organischen St (10 M. 8 Fr.), mit Intoxikationspsychosen 22 (19 M. 3 Fr.), nicht g 1 M. Zur gerichtlichen Begutachtung kamen 8 (7 M. 1 Fr.). A (93 M. 66 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., genesen 27 (19 M. 8 Fr. 64 (32 M. 32 Fr.), ungebessert 31 (20 M. 11 Fr.), gestorben 36 (21 davon 2 (1 M. 1 Fr.) durch Suicid. Tuberkulose war Todesurs (4 M. 2 Fr.), Krebs bei 3 Fr. 38 Entweichungen. Familienpfl nicht. 90 Aufnahmegesuche wurden abgewiesen.

Münsingen: Bestand am 1. Januar 1904 665 (315 M. 350 Fr 49 (21 M. 28 Fr.) mit organischen Störungen, 37 (25 M. 12 Fr.) kationspsychosen. Von den Neuaufgenommenen waren erblich b (51 M. 62 Fr.) = 44,1 % (39,8 % M. 48,4 % Fr.). 24 (20 M. 4 Fr.) gerichtlichen Begutachtung, davon waren 16 geisteskrank; 8 M. nicht geisteskrank begutachtet, sie waren aber abnorm veranlagt defekt und hatten ihre Strafhandlungen unter der Wirkung vom Al verübt. Abgang 226 (115 M. 111 Fr.), nicht geisteskrank 15 M., (10 M. 19 Fr.), gebessert 97 (46 M. 51 Fr.), ungebessert 46 (23 gestorben 39 (21 M. 18 Fr.). Todesursache bei 2 M. Tuberkul (4 M. 5 Fr.) Herzkrankheiten, bei 7 (4 M. 3 Fr.) Paralyse, bei 1 M. durch Kohlenoxyd. Dieser letzte Fall betraf einen Familienpfl mit zwei Knechten in einem Zimmer schlief. Infolge vorzeitigen des Ofens waren am nächsten Morgen alle drei Zimmergenossen t der hochgradigen Platznot besonders auf den Abteilungen für Un in einer Nacht ein Paralytiker zusammen mit einem Katatonik hierbei wurde der Paralytiker von dem Katatoniker erschlagen.

Bellelay: Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 296 (124 M darunter 6 (5 M. 1 Fr.) mit organischen Störungen, 6 (4 M. 2 Fr.) kationspsychosen. Zugang 26 (16 M. 10 Fr.); 7 (4 M. 3 Fr.) mit o

hres Geisteszustandes kamen 6 (4 M. 2 Fr.). Abgang 20 (10 M. ngebessert 5 M., gestorben 15 (5 M. 10 Fr.). An Tuberkulose starben Fr.). an Pneumonie 3 (2 M. 1 Fr.), an Krebs 2 Fr., an Aorten- 1 Fr. 2 Typhusfälle und zeitweise epidemisch auftretende Diarrhöen n Verunreinigung des Trinkwassers.

cht der Heil- und Pflegeanstalt St. Primisberg pro 4. (Dir. Dr. *Häberlin.*)

and am 1. Januar 1904: 239 (119 M. 120 Fr.), darunter mit orga- sychosen 20 (10 M. 10 Fr.), mit Intoxikationspsychosen 12 M. (37 M. 54 Fr.); 8 (6 M. 2 Fr.) mit organischen, 4 M. mit Intoxikations- Erbliche Belastung wurde in 53 Fällen sicher nachgewiesen. Ab- 35 M. 58 Fr.); nicht geisteskrank 1 Fr., genesen 32 (10 M. 22 Fr.), 34 (14 M. 20 Fr.), ungebessert 13 (6 M. 7 Fr.), gestorben 13 (5 M. uberkulose war 2 mal, Lungenentzündung 2 mal, Herzfehler 3 mal che. 5 Entweichungen. Bettbehandlung durchschnittlich bei 9 % Fr. –8 % M. ausschließlich der wegen körperlicher Erkrankungen Bett- Deckelbäder bei Männern häufig angewandt. Künstliche Ernährung nd 4 Fr., bei einer an Dementia paranoides Leidenden nahezu Jahr. Die Kolonie auf St. Margarethenberg wurde von Mai bis on 10 Kranken benutzt.

der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden gau) pro 1904. (Dir. Dr. *Fröhlich.*)

nd zu Beginn des Berichtsjahres: 661 (286 M. 375 Fr.), darunter 6 Fr.) mit organischen Psychosen, 33 (28 M. 5 Fr.) mit Intoxikations- Zugang 178 (91 M. 87 Fr.); 25 (12 M. 13 Fr.) organische Störungen, 5 Fr.) Intoxikationspsychosen. Zur Beobachtung ihres Geisteszu- mmen 8 M. Erblich belastet waren 104 der Aufgenommenen. Bei und bei 5,87 % Fr. war Alkoholismus Krankheitsursache. Abgang 81 Fr.), geheilt 28 (16 M. 12 Fr.), gebessert 57 (28 M. 29 Fr.). t 21 (8 M. 13 Fr.), gestorben 55 (28 M. 27 Fr.). Typhus war 2 mal. e 5 mal, Krebs 4 mal, Herz- und Gefäßerkrankungen 13 mal, orga- nkrankheiten 10 mal Todesursache. 18 Typhusfälle. Eine neue rleitung ist notwendig. 33 % M. und 30 % Fr. wurden durchschnitt- ftigt.

cht des kantonalen Asyls in Wil pro 1904. (Dir. *Schiller.*)

nd am 1. Januar 1904: 697 (355 M. 342 Fr.), darunter 81 (45 M. organischen Psychosen, 39 (37 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang

Google

10 Fr.) Intoxikationspsychosen, 239 körperlich Kranke und Alte
Von den erstmalig Aufgenommenen waren 74 % M. und 79 % Fr.
lastet. Bei 43 (35 M. 8 Fr.) war Alkoholmißbrauch, bei 4 M. Lues
ursache. 29 M. waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. 9
Begutachtungen. Abgang 382 (181 M. 201 Fr.); geheilt 56 (27
gebessert 95 (42 M. 53 Fr.), ungebessert 79 (34 M. 45 Fr.), ge
76 M. 74 Fr.), und zwar körperlich Kranke 52, Geisteskranke 9
starben 65 (36 M. 29 Fr.) infolge organischer Psychosen. Tube
7 mal Todesursache.

13. Bericht der kantonalen Irren- und Krankenanstalt V pro 1904.

Bestand am 1. Januar 1904: 280 (152 M. 128 Fr.), darunte
5 Fr.) organische Psychosen, 9 (8 M. 1 Fr.) Intoxikationspsychose
123 (60 M. 63 Fr.), 39 (24 M. 15 Fr.) mit organischen Psychosen, 8
mit Alkoholismus. Zur Beobachtung 4 M. Abgang 110 (51 M. 59 F
24 (9 M. 15 Fr.), gebessert 36 (18 M. 18 Fr.), ungebessert 28 (14
gestorben 22 (10 M. 12 Fr.). 10 Entweichungen. 1 M. verunglückte
Fluchtversuch durch Sturz aus dem Fenster, er starb infolge Schä
Ein Entwichener machte auswärts einen Selbstmordversuch. Sonde
bei 8 Kr., bei 2 Kr. über ein halbes Jahr. Dauernde Überfüllung fü
zu Schwierigkeiten im Anstaltsbetriebe.

Bericht der evangelischen Heilanstalt für Frauen „Sonn bei Riehen. (Dr. *Ch. Bach-Georg.*) 1. Septembe 31. August 1905.

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 32. Von 132 Anmeldu
79 zur Aufnahme, davon 61 mit Heredität. Abgang 79, geheilt und g
ungeheilt 53, gestorben 1.

Bericht der Privatheilanstalt Friedheim-Zihlschlacht 1903/04. (Dr. *Krayenbühl.*)

Bestand am 1. Januar 1903: 20 (12 M. 8 Fr.). Zugang 190
100 (59 M. 41 Fr.), 5 M. mit Paralyse, 17 (13 M. 4 Fr.) mit Al
Abgang 97 (57 M. 40 Fr.); geheilt 14 (9 M. 5 Fr.), gebessert 46 (2
ungebessert 31 (17 M. 14 Fr.), gestorben 6 (4 M. 2 Fr.), dav
Suicid. Bei 85 % der organischen Störungen war Lues Krankh
Bettbehandlung und ständige Beaufsichtigung der Kranken auf Wach
durch Pfleger bildet die Grundlage der Behandlung aller ab

d Narcotica sozusagen nicht mehr zur Anwendung kommen.

trische Streifzüge durch Paris von Privatdozent Dr. *R. Förste*
Bonn. Münchener medizinische Wochenschrift. Nr. 21. 1905
f. berichtet über seine Eindrücke und Erfahrungen während eines
gen Aufenthaltes in Paris im Winter 1903/04; er rühmt dabei das
he Entgegenkommen und die überaus liebenswürdige Aufnahme be
und Kollegen. In der Infirmerie spéciale hat er eine außergewöhn
ge frischen Materials gesehen und darunter eine große Anzahl vor
en Paralysen und katatonen Erregungszuständen bemerkt. In der
ten Asylen Bicêtre und Salpêtrière (nur für Frauen bestimmt) waren
und 3883 Fr. untergebracht. Hier fand sich in der von *Deny* ge
Abteilung ein Dauerbad mit 6 Wannen — das einzige in ganz Paris
e waren im Winter zuvor die ersten Klosetts mit Wasserspülung ein
— Auf der Epileptikerstation, im ältesten Teile der Anstalt, fielen
lsterhelme" auf; die Badewannen waren innen mit kupfernen Deckeln
ein mit Gummi eingefaßter Aussehnitt für den Hals freigelassen
ehen; kalte Bäder und Duschen von 32° schienen sehr beliebt. Die
in für 34 gefährliche und verbrecherische Geisteskranke bestimmtes
mit kreisrundem Tagesraum um den, durch ein mächtiges Eisengitter
t, 24 Zellen radiär angeordnet sind, wird nur wenig mehr benutzt.
alten des Seine-Departement verpflegen etwa 7000 Kr. Das Bureau
on von St. Anne, das eigentliche Stadtasyl, nimmt alle frischen Fälle
wurde 1897 durch *Magnan* die Bettbehandlung zum ersten Male in
h systematisch eingeführt. In Ville-Evrard (953 Betten) befindet
einzige Abteilung für Alkoholisten in Frankreich, die völlig abstinent
wird. Zwangsmittel werden nicht angewandt. In den Bädern wird
ngeur" benutzt, der ein elektrisches Glockensignal gibt, sobald die
te Temperatur erreicht ist. Maison-Blanche, 1897 für 700 Fr. er
ll auf 1200 Plätze ausgebaut werden; hier ist noch eine besondere
eilung gebaut, über den Badewannen sind Segeltuchdeckel befestigt;
erspülung der Klosetts wird durch jeden zweiten Schluß der Abort
elöst. Vaucluse (650 Betten) ist elektrisch beleuchtet und macht
seiner sonstigen Einrichtung einen durchaus modernen Eindruck.
e Wachsaalbehandlung ohne Zwangsmittel, die Zellenabteilung wird
s wegen Überfüllung als Schlafraum benutzt. Ville-Juif (1140 Betten)
888 eine Luftliegekur für Tuberkulöse. Dekubitusprophylaxe: nach
tnässen sofortiges Waschen mit gekochtem Wasser und dann Puder.
tigkeit des Wartepersonals wird besonders hervorgehoben. Die
der ärztlichen und der Verwaltungsfunktion ist überall strenge
hrt. Die Abteilungen beider Geschlechter haben eigene voneinn
lig unabhängige Chefärzte. Daneben hat jede Anstalt einen be
nichtärztlichen Verwaltungsdirektor.

Digitized by Google

en Allemagne, en Italie, en Suisse et en Belgiqu
docteur *Jul. Morel*, médecin-directeur de l'asile d'a
l'Etat à Mons-Gand. Imprimerie A. van der Haeghe

Das Irrenwesen Frankreichs bedarf der Reformation. Die Irre
die hier ehemals eine dominierende, maßgebende Stellung einnah
diesem Platz mehr und mehr zurückgetreten. Verf. weist auf die b
Schäden hin und zeigt Mittel und Wege zu ihrer Verbesserung.
sonderer Berücksichtigung des vortrefflichen Reiseberichts von *S*
im Auftrage der Regierung Reisen nach Deutschland, Italien und
unternahm, schildert Verf. die Einrichtungen der Irrenanstalten
Ländern, vergleicht sie mit den französischen Verhältnissen und er
alle für das Irrenwesen wichtigen Fragen. Er rühmt namentl
deutschen Einrichtungen: „les admirables établissements hospitalier
côté du Rhin."

Forty-seventh annual report of the general board of comm
iu Lunacy for Scotland. Glasgow 1903.

In ihrem 17. Jahresbericht gibt die Generalkommission für
anstalten in Schottland zunächst eine Übersicht über die Kranke
in sämtlichen schottischen Irrenanstalten und anderen Instituten
Geisteskranke behandelt und verpflegt wurden, und berichtet dann
Besuch in den einzelnen Anstalten. In allen diesen Berichten
wieder zum Ausdruck gebracht, daß die Versuche mit weiblich
personal auf den Männerabteilungen, besonders in den Siechenh
Lazaretten, glänzende Resultate geliefert haben.

Fifht annual report of the Manhattan State Hospital, at
pro 1904.

911 Aufnahmen.

Der Hydrotherapie wird besondere Aufmerksamkeit zugew
Wirkung der Dauerbäder wird gerühmt und dabei empfohlen, di
Badenden einzufetten. Lagerleben und Zeltbehandlung in den Mo
bis September haben sich seit 2 Jahren vorzüglich bewährt. D
empfinden das Nichteingeschlossensein angenehm. Selbst die
Kranken beruhigten sich oft, sobald sie ins Lagerleben kamen.
fälle und Fluchtversuche mit unangenehmen Folgen. Bei den
2 hölzerne Pavillons aufgestellt: sie enthalten die Toilette- und
und dienen als Zuflucht an kalten, stürmischen Tagen. Regelmäßig
im Sommer.

Google

Paul, Les asiles spéciaux pour les condamnés aliénés
les psychopathes dangereux. Revue de psychiatrie 1905
. 7.

f. trennt die Geisteskranken, für die er eine von den gewöhnlichen
anken gesonderte Unterbringung wünscht, in zwei Gruppen, von
ie eine die Verbrecher, die während der Verbüßung ihrer Strafe
erkrankt sind, die andere sämtliche gemeingefährliche Geisteskranke
die, die mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten sind, umfaßt. Die
enen Arten der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher in be
Anstalten oder in gesonderte Abteilungen, die zum Teil den Irren
, zum Teil den Strafanstalten angegliedert sind, werden erwähn
nders mit Rücksicht auf die Verhältnisse in Frankreich besprochen
t es für wünschenswert, wenn alle Angeklagten sowie alle Kinder
rrektionshäuser überführt werden sollen, vorher von einem Psychiate
nt würden, außerdem empfiehlt er das in Belgien übliche Verfahren
en Strafanstalten und Korrektionshäusern eine ärztliche Überwachung
sen, besonders in Berücksichtigung ihres Geisteszustandes, vorschreibt
cht für Frankreich zwei verschiedene Arten von Anstalten, und zwa
tralanstalt oder noch besser vier besondere den Strafanstalten an
te Abteilungen, besonders in der Nähe von Universitätsstädten, fü
eskranken Verbrecher, die während ihrer Strafhaft erkrankt sind
Asiles de sûreté für die gemeingefährlichen Geisteskranken, z
inmal die Kranken, die vor ihrer Aufnahme und während ihre
ltes in einer Anstalt verbrecherische Handlungen verübt haben, z
eiter aber auch die bösartigen Geisteskranken, die moralisch Schwach
die geborenen Verbrecher und dergl. gehören. Auch die Geistes
der ersten Kategorie, die nach Ablauf ihrer Strafzeit nicht geheil
Unterbringung in eine gewöhnliche Anstalt zu gefährlich sind, solle
Anstalten interniert werden. *Behr*-Lüneburg.

, Eine Beschäftigung für überwachungsbedürftige Kranke
ychiatrisch-neurolog. Wochenschr. Nr. 44, S. 400.

tlägerige Kranke werden mit dem Auffädeln von kleinen Papp
, wie sie zur Preisnotierung an Galanteriewaren dienen, beschäftigt
Snell.

La tuberculose dans les asiles d'aliénés. Revue de psy
iatrie. Sept. 1905, pag. 353.

Häufigkeit der Tuberkulose bei Geisteskranken wird durch stati
Mitteilungen nachgewiesen und in ihren Ursachen erörtert. Zur Ver
ng der Tuberkulose werden allgemeine hygienische Maßregeln, reich
chäftigung der Kranken im Freien und Isolierung der an Tuberkulos

D'Orma, La pazzia nella provincia di Ferrara.

In dem Zeitraum 1897—1901 wurden in die Irrenanstalt zu
1175 Geisteskranke aufgenommen, durchschnittlich im Jahre 235 (1
103 Fr.). Auf 1000 Einwohner der Provinz kamen durchschnittlich
0,805 Aufnahmen. Der größte Prozentsatz entfiel auf die Stadt
Während sich die Bevölkerung der Provinz in den letzten dreißig J
ein Drittel vermehrt hatte, ist die Zahl der Geisteskranken in der I
um mehr als das Doppelte gestiegen. (Die Zahl der Geisteskrank
italienischen Irrenanstalten überhaupt hat sich von 1874—1898 ver
Unter den 1175 Aufnahmen befanden sich 422 Wiederaufnahmen, a
schnittlich jährlich 84,4; Prozentsatz dieser zu jenen 35,9. Was
der zum erstenmal Aufgenommenen betrifft, so standen die meist
Lebensalter von 51—60, die übrigen in dem Alter von 41—50
31—40. Die meisten Aufnahmen fanden im Sommer statt, von Ma
Entlassen wurden in dem genannten Zeitraum 729 Kranke (41
318 Fr.). durchschnittlich jährlich 145,8, d. h. 62% der Aufgenomm
waren geheilt 410, gebessert 227, ungeheilt 82, nicht geisteskrank
suchungsgefangene). Es starben 352, durchschnittlich jährlich
etwa 101%, und zwar an Pellagra 21,3%, an Tuberkulose 6,8%,
monie 6,6%. Was die Krankheitsformen der Insassen betrifft, so
31,3% dem manisch-depressiven Irresein an, 18% dem pellagröse
1,8% den alkoholistischen Geistesstörungen, 5,7% den Phrenasthen
der Epilepsie, 3,3% der Hysterie, 8,6% der Dementia praecox,
Dementia paralytica, 0,1% der Paranoia usw. Im allgemeinen war
und Frauen in fast gleicher Zahl beteiligt, nur bei der Paralyse,
holismus, der Epilepsie und Pellagra überwog die Zahl der Männer,
dagegen war das Verhältnis bei dem manisch-depressiven Irre
Dementia praecox, der Hysterie und den Erschöpfungspsychosen.
der Aufgenommenen konnte Erblichkeit nachgewiesen werden.
verbrecherischen Geisteskranken wurden 13 aus dem Gefängnis und
aufgenommen, sie machten 1,10 resp. 1,53% der Aufnahmen aus.

Rawes, A short history of St. Luke's Hospital. The Jo
mental science. Januar 1904.

Die Gründung von St. Luke's Hospital in London wurde am 13.
von Privatpersonen beschlossen. Die Eröffnung der Anstalt fand a
1751 mit der Aufnahme von 2 männlichen und 4 weiblichen Kran
Im Laufe des Jahres 1752 stieg ihre Zahl auf 50. Ein Neubau
1. Januar 1787 bezogen, der heute noch steht, und mit 109 Kranke
alten Anstalt belegt. Er konnte 200 akute und 100 chronische (u
Fälle aufnehmen. An der Spitze stand ein Verwalter, dessen
Frauenseite vorstand. Ein Arzt besuchte die Anstalt 3mal wöchen

atten nur ganz kleine Fenster. Keine Heizvorrichtung. Die Bade
kalt gegeben. Jeder Kranke hatte ein trogförmiges, an der Maue
es und mit Stroh gefülltes Bett. Die unheilbaren Kranken befande
Parterre, einige waren an Ketten an die Mauer gefesselt, hatte
h hinreichend Bewegungsfreiheit, manche wurden auch im Bett fest
n. Seltener kam die Zwangsjacke zur Verwendung. Das Warte
betrug auf jeder Station fünf.
29 wurde ein zweiter Arzt angestellt. Es wurde Gelegenheit gegebe
nen Waschungen und Bädern. Wasserklosetts wurden eingeführ
Fenster eingesetzt. Das Personal wurde vermehrt. 1831 wurde
chen und Kontrolluhren eingeführt. Die Kranken durften abend
benutzen. 1836 kamen Zwangsstühle (confining chairs) zur Ver
, die nach dem Bericht des Arztes eine Erleichterung für die Kranke
en. 1841 wurden Krankensäle für die körperlich Kranken geschaffen
vurden die Kranken von ihren Fesseln befreit, und der Arzt berichte
nun viel reinlicher geworden seien. Die Fenstergitter wurden ent
wurde für Lektüre und Unterhaltung der Kranken gesorgt. Vo
sind wahrscheinlich die Zwangsmittel abgeschafft worden, seit 185
ein Tauchbad mehr gegeben.
t der Eröffnung der Anstalt bis zum 31. Dezember 1902 sind 2443
ranke aufgenommen worden. Davon 2398 in der Anstalt gestorben
urden geheilt, 5036 gebessert, 6261 ungeheilt und 4 als nicht geistes
ntlassen. Der Prozentsatz der Geheilten betrug 43% der Aufge
en.
s den ersten 100 Jahren findet kein Fall von Typhus Erwähnung
g traten die Pocken auf. 1833 wurden 23 Kranke von der asiatische
befallen, wovon 19 starben. 5 Selbstmorde kamen vor: 1825 un
einer, 1852 zwei, 1897 einer.
Luke's Hospital war die erste Anstalt in England, die Ärzten un
nden Gelegenheit zum Studium der Geisteskrankheiten gab. Sie gal
e Zeit als eine Musteranstalt nicht nur in England, sondern auc
Kontinent.

Ganter.

Some points in the early treatment of mental and nervou
ses (with spezial reference to the poor). The Journal o
ental science. Oktober.

rf. spricht sich sehr anerkennend aus über die psychiatrische
in München, Berlin, Göttingen, desgleichen über die Nervenheil
Rasemühle und Haus Schoenow, die er besucht hat. Er befürworte
chtung ebensolcher Heilstätten auch für England, wo bis jetzt nu
tiert, die auf öffentliche Kosten erhalten wird, die des Dr. *Carswe*

Rhodes, The Provision of suitable accomodation for the forms of insanity. The Journal of mental science. C

Verf. wendet sich gegen die Errichtung reiner Pflegeanstalten. erlangt er die Abschaffung des Korridorsystems und statt der gro äude Villen für je 25—40 Kranke; Ausdehnung der kolonialen Ver Entfernung der hohen Mauern um die Anstalten. G

Menzies, Some points connected with tuberculosis in a The Journal of mental science. Juli.

Verf. erwähnt die Möglichkeiten, die der Verbreitung der Tub n der Irrenanstalt günstig sind und erörtert die entsprechenden hygi Maßregeln zur Verhütung der Ansteckung. G

---

12. Statistik.

Ref.: Dr. Tigges-Düsseldorf.

Der 57. Jahresbericht der englischen Commission Lunacy Juni 1903. The journal of mental science. Januar.

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1902. Die Zahl der Gra nd städtischen Asyle betrug 82, und der Board konnte günstig üb llgemeine Lage und Verwaltung berichten. Im letzten Jahre hat ffnung von zwei neuen Asylen stattgefunden, des West-Riding Scal es Grafschafts von London Korton Asyls. — Scalebor Asylum ist ufnahme von Privatkranken bestimmt und hat 210 Plätze. Es hat chiedenes Abgehen von den bisherigen Anstaltseinrichtungen stattg Schon andere Körperschaften sind auf diesem Wege vorgegangen, i estimmte Gebäude getrennt voneinander errichteten, oder indem sie nstaltsgrunde einzeln stehende Gebäude (detached buildings) he Das Scalebor Asylum ist zuerst von einer öffentlichen Körperschaft fü Zweck errichtet. Andere würden voraussichtlich bald folgen. B Riding County trat das Bedürfnis bei 5—6000 Kranken hervor. mehr sich geltend machen, und mit mehr Möglichkeiten für spezi etrennte Einrichtungen in der Grafschaft London mit über 17000

Das zweite neu eröffnete Asyl ist Korton für die Grafschaft mit 2000 Plätzen. Die Nachtwärterinnen haben hier ein besonder Neben dem Hauptgebäude gibt es mehrere Villen.

Es sind noch andere neue Asyle eröffnet, aber sie ersetzen weitern bereits bestehende Asyle und vermehren nicht deren Zahl

Digitized by Google

Zahl der Kranken in den Grafschafts- und städtischen Asylen be
n deren Büchern am 1. Januar 1903 82009. Es hatte im Jahre ein
stattgefunden von 3749. 1969 von den Kranken waren Privatkranke
etzigen Auslegung des Gesetzes ist jeder Kranke berechtigt, auf di
r Privatkranken gesetzt zu werden, dessen Mittel hinreichen, di
er wöchentlichen Verpflegung zurückzuzahlen.

ektionskrankheiten. Die Pocken konnten keinen festen Boden
Asyl bekommen, selbst wenn sie in der Nachbarschaft herrschten. —
nfieber trat in 18 Asylen auf. Eine Epidemie fing im November 1901
hielt an bis zum folgenden Mai. Sie zeigt die große Gefahr, di
bwesenheit der geeigneten Mittel zur Isolierung und Desinfektion
rufen wird. — Typhusfälle kamen vor in 22 Asylen, doch nur in einen
der Typhus eine größere Ausdehnung. Obgleich dieses Asyl ver
ßig neu war, wurden schwere Defekte der Drainage festgestellt, s
vollständige Neuausführung derselben nötig wurde. Der Bericht
hat Kenntnis von wenigstens zwei weiteren Asylen, bei denen ver
ßig bald nach der Eröffnung schwere Defekte der Drainage sich
welche zu einer ähnlichen ausgedehnten Neukonstruktion nötigten
unveränderliche Gewohnheit sein, die Dienste eines anerkannten
in diesem Fach in Anspruch zu nehmen, sowohl vor Festsetzung
e, als auch bei Ausführung der Konstruktionen.

senterie und Diarrhöe. Die Anstaltsdirektionen haben auf An
eitens der Commissioners Berichte über das Vorkommen von diarrhoi
örungen gemacht. Die Zeit ist noch zu kurz, um Schlußfolgerungen
u ziehen. Über eine Epidemie in Kants Asyl wird eingehend be
In zehn Jahren vor 1902 trat kein Todesfall an Dysenterie in diesen
Dann folgte ihr Auftreten dicht auf Störungen des Bodens infolg
g der Drains am Schluß des Jahres 1901. — Die schwereren
n dieser Formen (Dysenterie usw.) überwogen in den größeren An

berkulose. Die Sterblichkeitsziffer an Tuberkulose betrug 1902
1000 des Bestandes, im Jahre vorher 15,8. Der Prozentsatz der an
ose Gestorbenen von der Gesamtzahl aller Todesursachen betrug 17
gegen 15,8 im Jahre 1891. Diese 17% entsprechen 10,4% für die
e Bevölkerung. (Diese letztere Berechnung ist irreführend, da die
r Todesfälle an Tuberkulose gedrückt wird durch die an Nerven
ten usw. in Irrenanstalten Gestorbenen.)

Kosten der Unterhaltung pro Kopf und Woche haben gegen das
um 4 d abgenommen.

Zahl der bekannten Geisteskranken in England betrug am 1. Januar
3964, um 3251 mehr als 1 Jahr vorher, während die Zunahme in
ten 5 Jahren nur 853 durchschnittlich betragen hatte. — Im Ver
ur Bevölkerung (Volkszählung 1901) kommen nach der obigen Ziffer

293 Personen. Diese Ziffer hat sich, wenn auch nicht ganz regelm
dem Jahre 1859 erhöht. Diese Erhöhung beschränkt sich praktisc
armen Kranken.

Aufnahmezahl im Verhältnis zur Bevölkerungsziffe
Ausschluß der Idiotenanstalten und der Versetzungen von einer
eine andere wurden 1902 in alle Arten von Anstalten und als Ei
aufgenommen 22851 Kranke, von denen 33,1 % erste Aufnahmen wa
macht 6,93 Aufnahmen auf 10000 Einwohner, während 1869 diese
betrug. Im Jahre vorher war sie 6,4. Eine größere Zunahme läßt
weisen bei den Aufnahmen von 65 Lebensjahren und darüber im
zur Bevölkerung desselben Lebensalters, wie folgende Zusammenstel

Fünfjährige Personenaufnahme von Kranken mit 65 Jahren un
im Vergleich zu denselben Altersstufen der Bevölkerung.

1884—1888	10,8 M.	9,3 Fr.
1892—1896	14,1 „	11,7 „
1897—1901	15,6 „	14,0 „

Es liegt nahe, die Zunahme zu erklären durch die nicht zu ve
Neigung, ältere Personen in die Asyle zu schicken. Es wäre n
für die früheren Lebensalter solche Zusammenstellungen zu mache

Epilepsie und Geisteskrankheit. Ungefähr 12 % des
der Asyle leiden an Epilepsie. Verf. bedauert, daß nicht als beson
das epileptoide Irresein ausgeschieden ist. Er meint damit senile
epileptischen Anfällen. welche in der Regel zusammenfallen mit klein
materiellen Gehirnläsionen.

Die Genesungsziffer, nach den Aufnahmen berechnet (mit Aus
Versetzungen und wiederholten Aufnahmen), betrug 36,13 %. Die
niedriger, als in irgend einem vorhergehenden Jahre der Dekad
38,17 % hatte. In früheren Dezennien war die Genesungsziffer n
Die Commissioners meinen, dies rühre daher, daß mehr chron
weniger Hoffnung gebende Fälle aufgenommen werden.

Die Sterblichkeitsziffer, berechnet zum Durchschnittsbestande
war um 0,72 % höher als der Durchschnitt der Dekade, und auch
der Durchschnitt der drei vorhergehenden Dezennien.

45. Jahresbericht des General Board of Commis in Lunacy for Scotland 1903. (Ibidem.)

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1902. Im Jahre 1901
Irrenzählung gelegentlich der Volkszählung (census) statt. In d
schema ist der Zusatz schwachsinnig (feeble minded) gemacht wor
könne wohl annehmen, daß dieser Zusatz z. T. verantwortlich se
bedeutende Zunahme der Zahlen der Geistesgestörten beim Verg
Zahlen von 1891, so daß die letzte Zählung keine vertrauenswerte

rei Teile verglichen werden können. Folgende Tabelle enthält die
r bei der Volkszählung von 1891 und 1901 ermittelten Geisteskranken,
ıme und die Prozentsätze derselben.

	Gezählte Geisteskranke		zehnjährige Zunahme		
	1901	1891	in Zahlen	%	per 100000
es Königreich ..	177995	134033	43962	32,80	74,1
ınd Wales.....	132654	97383	35271	36,22	72,0
d.....	20291	15462	4829	31,23	69,6
.....	25050	21188	3862	18,22	110,5

Bevölkerungsanteil, den England und Wales an der Gesamtbevölke-
vereinigten Königreichs hatte, wuchs von 1891—1901 von 76,86
% (eine Zunahme von 1,6 %), während die Zahl der Geisteskranken
ob von 72,65 auf 74,53 (Zunahme von 1,88). — In Schottland
Bevölkerung von 10,67 auf 10,78 % (Zunahme von 0,11), während
für Geisteskranke abnahm von 11,54 auf 11,40 (Abnahme von
In Irland nahm die Bevölkerung ab von 12,47 % auf 10,75 % (Ab-
ı 1,72 %), die Zahl der Geisteskranken sank von 15,81 auf 14,07 %
um 1,74 %).

anscheinende Anwachsen der Geisteskranken in Schottland in
um 69,6 Geisteskranke auf 100000 Einwohner ist das geringste,
in England und Wales und 110,5 in Irland, 74,1 im vereinigten
ı. Zur Zeit der letzten Zählung kam 1 Geisteskranker in Schott-
220 Einwohner, in England auf 245, in Irland auf 178, im vereinigten
h auf 233 Einwohner, so daß Schottland einen mittleren Stand ein-
Am Schluß findet sich noch die Bemerkung, daß die Zunahme der
enmal registrierten Geisteskranken (bei uns der ersten Aufnahme)
and betragen habe 2,9 auf 100000 Einwohner, in England 4,5, in
8. Die geringste Ziffer hat demnach Schottland. Es bleibt aber
che, daß im selben Jahr 1902 die Gesamtzahl der zum erstenmal
ten in Schottland 62,8 auf 100000 Einwohner betrug, die höchste
Schottland in den letzten 29 Jahren.

Schottische Lunacy-Board hat versucht, nach eigenen Quellen und
ısberichten Auskunft zu geben über das verschieden häufige Vor-
von Geisteskrankheiten in den einzelnen Grafschaften von Schott-
gibt sorgfältig begründete mögliche Erklärungen für die große Ver-
eit ländlicher und städtischer Distrikte. Diese Verschiedenheiten
hrscheinlich mehr scheinbare als wirkliche sein, doch scheinen dem
tatter die Argumente nicht überzeugend zu sein.

Abhandlung des Board führe aus, in den industriellen Bezirken
größere Zahl schnell genesender und schnell tödlich verlaufender
Geisteskrankheiten auf, wodurch die Ziffer der Geisteskranken in
striellen Bezirken herabgedrückt werde. — Später heißt es, daß

Erklärung finde in der ungewöhnlich hohen Sterbeziffer der Kinder, sie am Leben geblieben wären, eine Anzahl schwachsinniger Kinde und so die Anteile in beiden Bezirken gleich gemacht hätten. Die lung des Board habe weiter die Theorie, daß Imbezillität in der leitende Faktor ist, welcher das verschiedene Vorkommen von Gei heiten in verschiedenen Bezirken des Landes bestimme, und daß ho von (erworbener) Geisteskrankheit und Idiotie zusammengehen, da dingungen für Entstehen beider gemeinsam sind. — Alle diese Beh hält der Berichterstatter nicht tatsächlich bewiesen. Es liege ei Tatsache vor, daß die Zahl der vorhandenen Geisteskranken in Bezirken immer hoch war im Vergleich mit städtischen, und es no größer, als daß man sie auf das häufigere Vorkommen von an Fällen beziehen könne.

Von Politikern werden vielfach die Nachteile der Wanderun völkerung vom Lande in die Städte besprochen. Es werde eine Degeneration der Bevölkerung dadurch herbeigeführt. — Es liegen zeichen dafür vor, daß eine körperliche Verschlechterung stattfind rapidem Maße in den industriellen Gemeinden als anderswo, abe Geisteserkrankungen in Schottland betrifft, so wird die Annahme Zunahme nicht gestützt durch die Tab. X, welche die Zahl der A jährlich registriert werden, für jede Grafschaft von Schottland ang dieser beträgt für die jährlich Registrierten für ganz Schottland jährige Zunahme von 1893—1902 (berechnet nach der Volkszahl im Vergleich mit dem vorhergehenden Dezennium (berechnet nach zahl von 1891), 7,8 pro 100000. Die Zunahme betrug weiter in industriellen Grafschaften, wo die Zahl der vorhandenen Geist am geringsten ist, nur 6,2, in den acht Hochland- und Inselgrafsch die Zahl der vorhandenen Geisteskranken am höchsten ist, 9,1. haben allem Anschein nach die physischen Kräfte der schottisch den übeln Einwirkungen des städtischen und industriellen Lebens w können.

Der 52. Bericht der Inspektoren of Lunatics (I für das Jahr bis 31. Dezember 1902. (Ibidem.

Die Zunahme der Geisteskranken für 1902 beträgt 508, geg Jahre 1901. Die Kranken in Distriktsasylen nahmen um 700 zu, kranken um 13. Die Kranken in Arbeitshäusern nahmen um 227 Aufnahme in Asyle von den Arbeitshäusern aus betrugen 879 (160 im vorigen Jahre). Von 100 verpflegten Geisteskranken am Schluß waren in Asylen 79, in Arbeitshäusern 16, in Privatasylen und sons Local-Government-Verordnung bestimmt, daß alle Geisteskranken Arbeitshäusern entfernt und in Distrikts- oder Hilfsasyle untergebrach

Die Anordnungen für die Verwaltung dieser Institute, welche von
e für das Cork Asyl ausgehen, scheinen durch klerikale Einflüsse
sein, welche nicht medizinischen Anschauungen entsprechen, die
perimenten in ähnlicher Richtung entgegenstehen. — Das Asyl
Kontrolle von Nonnen. Ein Arzt wohnt nicht in der Anstalt.
ärztliche Visite wird von einem praktischen Arzt aus der Nähe
Die Anstalt ist vorgesehen für 417 Kranke, welche eingesperrt
eständige medizinische Fürsorge. Daß dieser entschiedene Rück-
zustande kommen können, scheint ein fragwürdiges Vorgehen von
Exekutive. Die Zahl der Wärter beträgt nach dem Vorschlage des
ömisch-katholischer Bischof von Roß, der von dem Komitee an-
st, 1 auf 40 Kranke, was — in gefährlicher Weise — unangemessen
schof berechnet die Kosten der Unterhaltung auf 15 Pfund pro
.), gegen 23—25 Pfund in den Distriktsasylen.

Januar 1903 wurden Geisteskranke in Irland verpflegt in Distrikts-
0, im Zentralasyl Dundrum 169, in Privatasylen 745, in Arbeits-
9, Einzelkranke 105, zusammen 22138 (11503 M. 10635 Fr.).
onahme der Kranken in den Arbeitshäusern betrug in den letzten
500. Wenn die Abnahme in gleicher Zahl weiter erfolgte, würde
eljahrhundert dauern, bis daß die Arbeitshäuser leer von ihnen
nn die neuen Einrichtungen dann entsprechend wären (nicht in
von Youghall), so würde die Lage der Geisteskranken sehr ver-
und die Anomalie beseitigt sein, daß eine große Zahl von Geistes-
gesetzlich in Gefangenschaft gehalten werden. Die aus den
ern in die Distriktsasyle Eingelieferten werden z. T. ersetzt durch
ke in der freien Bevölkerung. Diese haben in den letzten 20 Jahren
n, die Geisteskranken um 747, die Idioten um 1875, zusammen
Nach der Volkszählung von 1901 waren noch 7700 Geisteskranke
in Arbeitshäusern oder in der freien Bevölkerung. Es handelt
Lokalbehörden nun um das Problem, für die ca. 3600 Kranke in
ern und einen bestimmten Teil von Kranken in der freien Be-
Unterkunft zu schaffen, wenn nicht der Versuch gemacht wird,
ke in Familienpflege zu geben.

rößte Zunahme haben die Kranken in den Distriktsasylen. In
25 Jahren betrug die Zunahme des durchschnittlichen Bestandes
en 5 Jahren 213, in den zweiten 5 Jahren 218, in den dritten
9, in den vierten 5 Jahren 476, in den fünften 5 Jahren 597. Die
es Zuwachses bestand in ersten Aufnahmen, 3173, die Wiederauf-
rugen 774.

enesungsziffer betrug 1902 34,5%, 2% weniger als im vorher-
ahre. Die Aufnahmen aus Arbeitshäusern, welche zum großen
nheilbaren Fällen bestehen, vermindern die Genesungsziffer. Bei
nder Genesungsziffer und gleichbleibender Sterblichkeitsziffer tritt

eine Zunahme des Bestandes ein, unabhängig von der Zunahme des die durch die vermehrten Aufnahmen bedingt wird.

Die Zahl der gezählten Geisteskranken in Irland betrug 185 kranker auf 657 Einwohner, im Jahre 1901 1 Geisteskranker au wohner. Die einzelnen Grafschaften sind sehr ungleichmäßig be industriellen Gewohnheiten, Unternehmung, Gewinn, größere Schwierigkeiten der Existenz, wie sie sich in einigen nördlichen C finden, scheinen mit einer größeren geistigen Beständigkeit ein im Gegensatz zu den mehr indolenten, sensiblen, wandernden Tem wie man sie im Süden und Westen von Irland antrifft.

Die Sterblichkeitsziffer betrug 7,7 vom durchschnittliche 349 Todesfälle erfolgten infolge von Auszehrung = 26,3% aller (der Durchschnitt der letzten 5 Jahre betrug 27,4%). 44 Todesfäl durch allgemeine Paralyse = 3,3% aller Todesfälle (der Durch letzten 5 Jahre betrug 3,6%). 4 Todesfälle erfolgten durch 4 durch Unglücksfall, 1 durch Totschlag, im ganzen 4 weni vorigen Jahre.

Das Vorkommen von Phthise in den einzelnen Asylen zeigt schiedenheiten. Den geringsten Satz mit 5% aller Todesfälle ze welches hauptsächlich eine städtische Bevölkerung hat, den größt mit 52%. Verf. meint, man würde mehr Einsicht gewinnen, we Ziffer für Phthise unter der gesunden Bevölkerung der einzelne kennen würde.

Nach Ansicht der Inspektoren hat sich die gesundheitliche Distriktsasyle im allgemeinen gebessert, es kommen nur wenig krankheiten vor. Einen scharfen Tadel erhalten nur zwei Ans naghan und Sligo, welche 105 resp. 154 Kranke über die normal verpflegen. Die Gesundheitsverhältnisse sind in beiden mangelha ist der Typhus (enteric fever) seit einigen Jahren mehr oder weniger

Die Ursachenstatistik sei am wenigsten befriedigend. Erbli angegeben in 24% aller Fälle. 414 Fälle werden auf Unmäßigk geführt, = 10½%, was sicher weit unter der Wirklichkeit bleibe

Der 58. Bericht der englischen Commissioners in Juni 1904. Journal of mental science. 1905. Ja

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1903.

Die Commissioners sprechen, wenn sie die Erweiterungsbau großer Asyle genehmigen, stets ihr Widerstreben gegen diese Ge aus, in diesem Bericht in scharfen Worten. Sie bringen Zahlen die ökonomischen Vorteile der großen Bauten — die einzigen, geltend machen könnte — in Frage stellen. Bei Mißbilligung de mit 2000 Kranken ist speziell Nachdruck darauf gelegt, daß de

erwalten und in den größten muß er die Verwaltung sogar zum
dere übertragen. — Die größten Bauten resp. Erweiterungsbauten
den Behörden leicht bewilligt, während die Commissioners gesetz-
wirksame Kontrollmaßregeln haben. Man wird wohl dazu über-
e von einfacher Form und billiger Konstruktion für alte und harm-
sche Kranke zu errichten. Eine Grenze ist in der Solidität der
eben, unter welche nicht herabgegangen werden darf, da die
geborgten Geldern bestritten werden, die in 60 Jahren zurück-
len müssen. Ein Teil der Kranken erfordert eine mehr freigiebige
ein anderer Teil weniger. Für die letzteren würden billigere
den Zweck erfüllen.

ommissioners führen gegen die großen Anstalten auch an, daß
senterie und Typhus häufiger vorkämen. Verf. meint, es müsse
tellt werden, ob die Kranken der großen Anstalten, die oft aus
ohnten Bezirken herkämen, die Disposition zu jenen Krankheiten
mit in die Anstalt brächten. Ferner meint er, daß, wenn neue
er Richtung des Villensystems ausgestattet würden, manche der
keiten auch großer Anstalten beseitigt werden könnten.

chafts- und städtische Asyle. 5 neue Asyle sind im Jahre
ekommen, so daß deren Zahl jetzt 87 beträgt. Eins der neuen,
sex Asyl, hat ein abgetrenntes Hospital für akute Erkrankungen,
er-Häuserblock für Idioten und Imbezille und 4 Villen. — Die
otic Colonie für die Grafschaft London ist das erste Asyl nach
System, welches in England aus Steuerbeträgen erbaut ist. Es
t für gesonderte und spezielle Behandlung der geisteskranken
In den Grafschafts- und städtischen Asylen fand im Jahre 1903
me statt von 2540, um 1209 weniger als im vorigen Jahre. Von
Kranken am 1. Januar 1904 waren 2193 Privatkranke.
Wärter wurde von einem Kranken erschlagen.
plant weiter den Bau neuer Asyle. London hat eben sein zehntes
00 Kranke gegründet, und die Commissioners drängen auf den
tens des elften Asyls.
von Infektionskrankheiten kamen vor, von Influenza, Scharlach,
Typhus, Dysenterie, Tuberkulose und Diphtherie (2 Fälle). —
teric fever) soll seltener vorgekommen sein als in den letzten
egen Dysenterie häufiger.
yle berichten Fälle von Dysenterie und Diarrhöe, 8 solche von
allein, 13 von Diarrhöe allein, während in 12 Asylen nichts der-

schriebene Geisteskranke waren am 1. Januar 1904 vorhanden
55 mehr als ein Jahr vorher, während die durchschnittliche Zu-
den letzten zehn Jahren 821 war. Die obige Zahl ergibt auf

288 Personen. Die Ziffer für das vorige Jahr betrug 34,14. Ve
1904 ist die Zunahme der armen Kranken ziemlich gleichmäßi
während die Privatkranken stetig zunahmen bis 1879, dann ab
1899, seit welcher Zeit wieder eine Zunahme stattfindet.

Aufnahme. Mit Ausschluß der Idiotenanstalten und der
infolge von Versetzungen und Wiederaufnahme infolge gesetzliche
(zur Aufnahme ist ein gerichtliches Zertifikat erforderlich, das
stimmte Zeit erteilt wird. Ist nach Ablauf derselben die Verpfle
erforderlich, so wird es von neuem ausgestellt. Dies gilt als neue
wurden im Jahre 1903 aufgenommen in Anstalten und als E
22217 Kranke, von denen 82,6% erste Aufnahmen waren.
6,66 Kranke auf 10000 Einwohner, für die zum erstenmal Aufgenom
Im vorigen Jahr betrug die erste Zahl 6,93.

Grad der Zunahme der Geisteskrankheiten. Im vorj
richt hatte Verf. speziell eine besondere Zunahme der über 65jährig
kranken im Verhältnis zur Bevölkerung derselben Altersstufe na
Sein Wunsch, dieselbe Untersuchung auch auf die jüngeren Alters
gedehnt zu sehen, ist von dem Bericht der Commissioners erfü
Dieser nimmt als Basis der Untersuchung die Zensus-Berichte 189
In diesem Dezennium nahm die Bevölkerung zu um 12,2%, der
Geisteskranken, soweit er dem Board bekannt war, um 24,4. Di
der Geisteskranken im Verhältnis zur Bevölkerung betrug vo
1901 10,9%.

Der Bericht der Commissioners gibt noch zwei Tabellen.
unterscheidet bei der Aufnahme der Geisteskranken erste Anfäll
erste Anfälle. Die zweite Tabelle trennt, für die Jahre 1891 un
Bevölkerung, den Bestand der Geisteskranken und die durchschni
der jährlichen Aufnahme der Geisteskranken in zwei Gruppen: a
umfaßt die Altersstufe von 20—54 Jahre, und b) die zweite die
von 55 Jahre und darüber. Für die erste Altersstufe (20—54 J
der Bestand der Geisteskranken im Verhältnis zur Bevölkeru
1891—1901 um 12% für die Männer und 10% für die Frauen.
der Aufnahme im Verhältnis zur Bevölkerung zeigt eine Zunahme
für die Männer und 3,21 für die Frauen.

Für die Altersstufe von 55 Jahren und darüber zeigt der I
im Verhältnis zur Bevölkerung von 1891—1901 eine Zunahme v
die Männer und 21,8 für die Frauen. Bezüglich der Aufnahme
Zahlen: 21,6 und 18,19. — Demnach ist sowohl bezüglich des Bes
Geisteskranken, als auch besonders bezüglich der Aufnahme die
auf den Altersstufen bis 54 Jahren eine namhaft geringere, al
späteren Altersstufen.

Digitized by Google

Es ist noch weiter zu wünschen, daß eine ähnliche Berec

Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland, 1904. (Ibidem.)

Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1903.

allen drei Teilen des vereinigten Königreichs hat sich die Zahl der Fälle von Geisteskrankheiten (Aufnahmen) vermindert, am meisten nd, am wenigsten in Irland, wie folgende Zusammenstellung ergibt. llion Einwohner kamen frische Fälle von Geisteskrankheiten (Auf-

	Jahr 1902	1903	Abnahme in 1903
reinigtes Königreich	601	578	23
gland und Wales	576	550	26
ottland	628	607	21
and	762	755	7

Grund für diese Abnahme kann man schwer angeben. Das Jahr e keinen besonders hervorstechenden Charakterzug, weder in indu- noch sozialer, noch politischer Beziehung.

Jahre 1903 fand eine Zunahme in der Gesamtzahl der registrierten statt, bei den Privatkranken um 109, bei den Armen um 96. Die armen Kranken in Anstalten fiel während des Jahres auf 10000 Arme auf 249. Ein solches Fallen ist seit 1883 nicht dagewesen. Die unahme der armen Kranken in Anstalten ist begleitet von einer be- erten Zunahme der Privatkranken in Anstalten. Die Zunahme be- welche Ziffer früher nie erreicht ist. Ein Zusammenhang zwischen n Ziffer der Privatkranken und der niedrigen der armen Kranken eicht vor, doch nicht etwa so, daß ein Teil der armen Kranken nke geworden ist. Ob etwa eine größere Zahl von Privatkranken nd und Schottland aufgenommen ist, darüber sagen die Commissioners Die Genesungsziffer zeigt in fast allen Arten von Anstalten eine Verbesserung in den letzten 4 Jahren im Vergleich zu den vorher- zwei fünfjährigen Perioden. Dagegen hat die Sterblichkeitsziffer nen. Sie betrug für die letzten 4 Jahre zirka 9% vom durchschnitt- stand, gegen 8,5% und 8,2% für die beiden fünfjährigen Perioden, 94 und 1899 endeten. Ein Teil der Zunahme fällt auf die allge- ralyse, welche verschuldet 22,8% der männlichen und 5% der n Todesfälle, gegenüber 22,4 resp. 4.9 in der vorhergegangenen fünf- Periode.

Berichte zeigen die zunehmende Sorgfalt in Behandlung der tuber- Krankheiten, denn der Prozentsatz der Todesfälle an Auszehrung ist % gefallen, gegen 14,1 im Jahre 1902. In den Grafschafts- und n Asylen in England betrug dieser Satz 17,4%, in den Distrikts- Irland 26,5%.

Jahr 1903 hat einen ungünstigen Zug, die hohe Zahl der Selbst-

Digitized by Google

Schottland im Jahre 7,66 Selbstmorde vor, während in Grafsc
städtischen Asylen in England 2,05, in den Distriktsasylen in
Selbstmorde vorkamen. Die hohe Ziffer ist wahrscheinlich zufällig
etwa begründet in der großen Freiheit für die Kranken, wie sie
schen Asyle auszeichnen.

Eine besondere Erörterung finden die Asylfarms und die
der Kranken zu Arbeiten außer dem Hause. Die englischen Com
fordern für einen Asylkranken 1/10 Acker (1 Acker = zirka 0,4 Hek
1,6 preußischer Morgen). Die schottischen Commissioners halten
pflugbaes Land für die meisten Asyle nicht mehr als ausreiche
das englische Armen-Irrenwesen nach schottischen Ansichten
wäre, so würden in Anstalten 5525 Kranke weniger, in Arbeitshä
Kranke weniger, in Privatwohnungen (Familienpflege) 14770 Kr
sein. Die Ersparnis an verminderter Zahl der Asylkranken würde
haltung und Miete 155000 Pfund im Jahre betragen. Dagegen wür
ein Kapital von 3 Millionen Pfund aufzubringen haben, um das
Maß von 1/2 Acker pro Kranken aufzubringen.

53. Bericht of the Inspectors of Lunatics (Irela das Jahr mit dem Ende 31. Dec. 1903. (Ibide

Am Schluß des Jahres wurden 22794 Geisteskranke in Irlan
656 mehr als im vorigen Jahr, welches 508 mehr hatte als 1901.

Die Zahl der Kranken in Distriktsasylen nahm zu um 5
Privatasylen um 28, die in Arbeitshäusern um 121. — Die Gesa
Aufnahmen in Distriktsasylen nahm zu um 3. Die ersten Aufnahm
im Verhältnis zum Vorjahre um 48 ab, die wiederholten Aufnahmen

Berechnet zu den Aufnahmen genasen 36,7%, um 2,2%
in 1902.

Die Sterblichkeitsziffer, berechnet zum durchschnittlichen B
trug 7,8%, gegen 7,7% in den letzten zehn Jahren. — 7 traur
kamen in den Distriktsasylen vor, 3 Selbstmorde, 3 Unglück
1 Totschlag.

Die durchschnittliche Unterhaltungskosten pro Kranken berec
den Bruttokosten, betrugen 30 Pfund, 9 Schilling, 7 d, die Netto
Unterhaltung, ausschließlich der Anleihe-Rückzahlungskosten: 23
Schilling, 1 d oder 10 1/6 Schilling (Mark) mehr als im vorigen
Gesamtkosten für die Unterhaltung der Geisteskranken in Irlan
547088 Pfund, bei durchschnittlich 17930 Kranken.

Die Zahl der Kranken in Arbeitshäusern, welche in den v
gehenden Jahren abgenommen hatte um 125 durchschnittlich jäh
1903 um 121 zu. — Die Aufnahme aus Arbeitshäusern in Asyle
in 1902 auf 810 in 1903.

Digitized by Google

Todesfälle infolge von Auszehrung betrugen 368 von insgesamt
esfällen = 26,5 %, während der Durchschnitt des vorhergehenden
ns 28,1 betrug. 52 Todesfälle traten ein infolge allgemeiner Paralyse
gegen 3,5 im vorhergehenden Jahrzehnt. Die Epilepsie lieferte
selbe Ziffer = 3,7 %, gegen 5 % im vorhergehenden Jahrzehnt.
Gesundheitszustand erschien in einigen Distriktsasylen nicht be-
. Es werden berichtet in einer Anstalt mehrere Fälle von Dysenterie,
phus, Erysipelas, Diarrhöe und Influenza, mit einigen Todesfällen.
-Arasyl erfolgte der Ausbruch von Typhus, dessen Ursache wahr-
die Nähe eines Sumpfes war, mit dem die Drainröhren der Anstalt
nd in Verbindung standen. Die Inspektoren haben auf die tadelns-
e der Dinge wiederholt aufmerksam gemacht. Es sollte der Sache
gemacht werden, wenn nötig durch ein Zwangsverfahren seitens
y Departements.
Ennis fand ein Typhusausbruch statt, wo die Drainage und die
eitung beide schweren Verdacht erregten. — In Londonderry Asyl
terblichkeitsziffer ungewöhnlich hoch, 13,3 % vom durchschnittlichen
Hier erfolgte der dritte Teil der männlichen Todesfälle an Phthisis,
onie starben 17 weibliche Kranke. Überfüllung ist wohl eine Mit-
ieser zum Teil vermeidbaren Krankheiten.
Arbeitshäuser werden weiter als Pflegestätten für Geisteskranke
delt, zum Teil das Wartepersonal, besonders die Unreinlichkeit in
tshäusern. Das einzige Mittel dagegen sei, die Geisteskranken aus
tshäusern in Asyle zu schicken, und die Idiotenabteilungen in den-
gehen zu lassen.

Elbing, Über Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in
öffentlichen preußischen Irrenanstalten von 1875 bis 1900.
le a. S., Marhold. 1905.

h große Ausdehnung die Irrenfürsorge in Preußen von 1875 bis
mmen hat, weist Verf. an folgenden Zahlen nach: Für 1875 sind
:

46	öffentliche	Anstalten mit	14512	Verpflegungsfällen
72	private	„ „	4249	„
mmen 118	Anstalten mit		18761	Verpflegungsfällen,

lagegen

104	öffentliche	Anstalten mit	58554	Verpflegungsfällen
144	private	„ „	17788	„
mmen 248	Anstalten mit		76342	Verpflegungsfällen.

der Anstalten hat sich also in 26 Jahren mehr als verdoppelt, die

Digitized by Google

Geisteskranken darf man nicht den Schluß auf entsprechende V
der Geisteskranken in der Bevölkerung ziehen.

Die Resultate der Irrenzählungen in der Bevölkerung fallen
schieden aus. In den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts
Ostpreußen, als die erste Irrenanstalt errichtet werden sollte,
zählung in der Bevölkerung veranstaltet. In manchen Verwaltu
die 30000 und mehr Einwohner hatten, wurde kein einziger Gei
entdeckt.

Gelegentlich der Volkszählung 1895 wurde in Preußen un
eine Irrenzählung vorgenommen, ohne ärztliche Mitwirkung. I
wurden 2,6, in Sachsen 2,5 Geisteskranke auf 1000 Einwohner er

Eine Zählung im Kanton Bern ohne ärztliche Mitwirkung im
ergab auf 1000 Einwohner 5,6 Geisteskranke; eine Zählung unte
Kontrolle 1902 8,5 Geisteskranke.

Bei einer Irrenzählung gelegentlich der Volkszählung im Kan
am 1. Dezember 1889 (vgl. auch Literaturbericht zum 57. Band
wurde bei einer Einwohnerzahl von fast 1/3 Million bereits auf 103
ein Geisteskranker ermittelt. In diesem Fall war die Zählung e
fachen Kontrolle und ärztlichen Beurteilung unterworfen. Als g
wurde schon jede Person angesehen, die vermöge ihrer geistigen
heit sich nicht selbst ernähren oder ihre Angelegenheiten nicht selb
konnte, wenn sie auch sonst keine hervorragenden psychischen
symptome darbot.

Wo bisher in größeren Bezirken oder ganzen Ländern oft
zählungen mit Sorgfalt ausgeführt worden sind, hat sich das Ver
geben, daß mindestens 4—5 Geisteskranke auf 1000 Einwohne
oder auf 250—200 Einwohner kommt ein Geisteskranker. (Nach
stehenden 45. Jahresbericht über das Irrenwesen in Schottland kan
letzten Irrenzählung gelegentlich der Volkszählung 1901 in England e
kranker auf 245 Einwohner, in Schottland auf 220, in Irland au
wohner, im vereinten Königreich auf 233 Einwohner.) Verf.
Großstädte, für sich allein genommen, weisen eine höhere Zahl v
kranken auf, weil dort die krankmachenden Einflüsse, wie Not
der rastlose verschärfte Kampf ums Dasein, die Jagd nach Ehre,
Reichtum, die Genußsucht und Laster aller Art, sich häufen usw.
sichten und Gründe sind wohl bei uns die herrschenden. Es ist a
auf englische Stimmen entgegengesetzter Ansicht aufmerksam z
wie sie in diesem Literaturbericht wiederholt mitgeteilt sind. In
stehenden 45. Jahresbericht über das Irrenwesen in Schottland sagt
erstatter: Es liegt einfach die Tatsache vor, daß die Zahl der v
Geisteskranken in ländlichen Bezirken immer hoch war im Ver
städtischen, und es noch ist usw. Die zehnjährige Zunahme von
der jährlich registrierten Geisteskranken betrug für ganz Schottland

Industriebezirken, wo die Zahl der vorhandenen Geisteskranken a
ten war, nur 6,2, in acht Hochland- und Inselgrafschaften, wo
er vorhandenen Geisteskranken am höchsten war, 9,1. — (Aus späte
ungen ergibt sich, daß in Preußen Bezirke mit industriellem Hochsta
besonders hohe Zahl von Anstaltsgeisteskranken haben, dagegen
adt Berlin.)

Die Ursache für die zunehmende Zahl der Irrenanstalten und der v
Geisteskranken sieht Verf. in anderen Gründen. Zunächst kom
nehmende Einwohnerzahl Preußens in Betracht, dann die zunehmen
serung der Anstalten, die Entfernung der mechanischen Zwangsmitt
derung der medizinischen Beruhigungsmittel, Aufhebung der Isolieru
e Freiheit, frische Luft, körperliche Tätigkeit, Einrichtung von Wa
ngen, bessere Beköstigung usw. Dadurch ist das Vertrauen der
ung zu den Irrenanstalten immer mehr gehoben, und so die Zuführu
anken gefördert.

erner kommt zur Erwägung der § 81 der StPrO. mit seinen Folg
wurden zur Beobachtung geistig verdächtiger Strafgefangenen u
lung der geisteskranken in Verbindung mit Gefängnissen Station
t, zuerst 1888 im Moabiter Zuchthause, nach 1900 noch in Bresl
nz, Köln und Halle a. S. (In Düren ist diese Station in Verbindu
Provinzial-Irrenanstalt errichtet. Ref.)

esonders wichtig wurde für Preußen das Gesetz vom 11. Juli 18
s am 1. April 1893 in Kraft trat und den Landarmenverbänden erhöh
chtungen auferlegt „für Bewachung, Kur und Pflege der hilfsbedürftig
kranken, Idioten, Epileptiker, Taubstummen und Blöden, so weit d
der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge
.

erf. setzt hierauf die Methode seiner statistischen Bearbeitung,
aktion seiner Tabellen auseinander. Er bespricht den Unterschi
den amtlichen Veröffentlichungen zwischen „Verpflegungsfällen“ u
egten Individuen“, und ferner zwischen „Heilungen“ und „geheilt
nen“ gemacht wird. — Die Summe der jährlichen Verpflegungsfälle
zelnen Anstalt wird gebildet aus dem Krankenbestande am 1. Jan
m Zugang im Laufe des Jahres. — Ein Teil des letzteren kom
aus einer anderen preußischen Irrenanstalt, ist dort schon gezählt u
ach der Überführung nochmals gezählt. So bildet ein Individuum zw
ei wiederholtem Anstaltswechsel in demselben Jahr noch mehr V
gsfälle für die Gesamtheit. Auch die wiederholten Aufnahmen
er Entlassung vermehren die Zahl der Verpflegungsfälle, aber nicht
rpflegten Individuen. In der einzelnen Anstalt sind die Zahlen
ategorien nur dann verschieden, wenn dieselben Kranken in demselb
Digitized by Google

Nach Verf. kommen nach den beigebrachten Zahlen in den öffe
nd privaten Irrenanstalten Preußens zusammen von 1876 bis 1900
rpflegte Individuen 107,06 Verpflegungsfälle.

Bezüglich der Heilerfolge bedingt der Umstand, daß mitunter
erselbe Kranke in demselben Jahre wiederholt als geheilt zur Ent
mmt, gleichfalls eine Unterscheidung zwischen Heilungen und g
dividuen. Es kommen für die obigen Anstalten und Zeit auf 100
dividuen 102,36 Heilungen.

Für die obigen preußischen Anstalten und die genannte Zeit
n der Zahl der verpflegten Individuen die Zahl der geheilten Ind
92 %, von der Zahl der Verpflegungsfälle die Zahl der jährlichen He
66 %.

Ferner beträgt von der Zahl der verpflegten Individuen die Z
desfälle 7,21 %, von der Zahl der Verpflegungsfälle 6,74 %.

Verf. hat in seinen Tabellen nur Verpflegungsfälle für jedes J
nen die Heilungen und Todesfälle desselben Jahres berechnet sin
rpflegungsfälle jedes Jahres bestehen demnach aus dem Bestand
eginn des Jahres plus den Aufnahmen desselben Jahres. Die Sum
Jahre von 1875—1900 enthält dann die Verpflegungsfälle alle
mmiert.

Man kann diese Art von statistischem Vorgehen nicht billigen
akten Resultate davon erwarten. Bei jeder statistischen Arbeit lie
ruppe von Objekten, Gegenständen, Vorgängen usw. vor, welche
rlegt wird, je nachdem diese besondere Eigenschaften haben, wel
ndern Teilen nicht zukommen. Diese Teile werden dem Ganzen geg
stellt, etwa als Prozente dazu berechnet. So ist es bei Volkszäh
o die ganze Bevölkerung je nach Geschlecht, Alter, Beruf usw. i
rlegt wird. Oft werden mehrere Eigenschaften kombiniert, so Ko
it Geisteskrankheit, Taubstummheit usw. Bei den Irrenanstalten v
esamtzahl der Kranken von den Aufnahmen gebildet, zu denen bei
Betrieb befindlichen Anstalten der Bestand beim Beginn des erste
r Untersuchung kommt. Zu diesem Bestande beim Beginn des Jah
m die Untersuchung beginnt, und den Aufnahmen dieses Jahres,
i Untersuchungen größerer Zeiträume die Aufnahmen aller folgende
o werden alle Fälle vorgeführt, aber nur als einheitliches Ganze,
e Gruppen mit besondern Eigenschaften festgestellt, als Prozente be
erden. Diese Eigenschaften, Geschlecht, Form, Erblichkeit, Krankhei
r der Aufnahme, Lebensalter, Genesung usw. können zum Teil so
r Aufnahme festgestellt werden, zum Teil erst nach längerer Zeit, z
gar erst nach einigen Jahren.

Da die Geisteskranken in den Provinzialanstalten oft dreißig Jah
ch länger leben, so bringt die Vorführung des Bestandes beim Begin
hres in Verbindung mit den Aufnahmen desselben eine immer

die Heilungsprozente des Jahres 1875 von 8,08 % schon damals dur
oße Zahl Unheilbarer unter den Verpflegungsfällen zu einer den Ta
nicht entsprechenden Tiefe herabgedrückt. Der noch mehr ang
sene Bestand unheilbarer Fälle mindert die Heilungen des Jahres 19
ehr herab, so daß deren niedrige Ziffer (4,37 %) zum Teil hierauf
n ist.

nsere Staatsstatistiker befolgen jedoch auch richtigere Methoden. V
gt ein Aufsatz von Professor *P. Mayet*, Mitglied des Kaiserliche
chen Amts (Berlin): Die Verwandtenehe und die Statistik. (Jahrbu
ernationalen Vereinigung für vergleichende Rechtswissenschaft usw
VII. Band.) Er hat (Tabelle 6 usw.) für die Jahre 1884—97 vom Z
on den Aufnahmen) die Geschlechter, Formen, Erblichkeit und Blut
ltschaft der Eltern festgestellt und ist zu beachtenswerten Resultate
nen.

ist angemessen, hier einzugehen auf die Zählkarten und Tabell
Statistik der Irrenanstalten, aufgestellt von dem Verein der deutsch
te, Berlin, Reimer 1874, beigelegt dem 6. Heft, 30. Band der Allg
Zeitschrift für Psychiatrie. — Tabelle I, Allgemeine Bewegung d
rung, unterscheidet bei den Aufgenommenen: 1. Aufnahme, wiede
ufnahme mit oder ohne vorherige Genesung, versetzt von einem ander
Die wiederholten Aufnahmen ohne vorherige Genesung bleiben da
folgenden (7) Tabellen, welche die Aufnahme betreffen, fort. I
ergeben sich die Zahlen für die Personen und die Aufnahmefäll
belle I enthält nach Aufführung der gewöhnlichen Formen noch ein
g: Delirium potatorum". — Hier ist also eine grundsätzliche Scheidu
Form von den andern Formen vollzogen. Die übrigen Tabellen führ
en Formen das Delirium potatorum nicht mehr auf. — Die Tabell
behandeln die Aufnahmen, nach den verschieden zu bearbeitend
spunkten, darunter die Erblichkeit in vier Untertabellen, entsprechen
r Formen. Hier ist ausdrücklich bemerkt, daß die genauere Rub
nur bei den ersten Aufnahmen stattfindet. — Tabelle IX und X b
die Genesungen, nach Zahl der Aufnahmen und Erblichkeit, u
rankheitsdauer vor der Aufnahme, nach Form und Erblichkeit. Hi
lso ein Beziehung statt zu den entsprechenden Kategorien der Au
in Tabelle X ist ausdrücklich darauf verwiesen.

iese Tabellen sind seitdem von einer Reihe von Anstalten in dies
nten Form bearbeitet und werden es noch jetzt. Die Bearbeitung d
ist meist nicht unter dem maßgebenden Einfluß der Direktoren au
sondern jüngeren Kollegen überlassen, welche die Arbeit na
Ermessen ausführten. Es ist dabei noch auf die Berechnung d
ngen einzugehen. Vielen drängt sich der Gedanke auf, die Prozen
ung nach der Summe der Ausgeschiedenen anzustellen, da die
ung in sich sachlich richtige Resultate ergibt. Aber diese Resulte

Digitized by Google

ahmen nach Zahl der Aufnahmen, Erblichkeit, Krankheitsdauer
Aufnahme, Form usw. genesen überhaupt? Hier kann nur Auskunft
verden durch die Beziehungen der einzelnen Kategorien der Genesu
en betreffenden Kategorien der Aufnahmen. Es entsprechen denn a
ie Genesungen der einzelnen Jahre nicht vollkommen den Aufnahr
elben Jahre, doch findet die entsprechende sachliche Beziehung
nierung mehrerer Jahre statt, und sind die Resultate um so rich
rößer die Anzahl der Jahre ist. — Bei akuten körperlichen Kra
Typhus, Cholera, Pneumonie usw. ist diese Berechnung der Genesung
en Aufnahmen selbstverständlich, für Irrenanstalten in dem Fall,
anze Bestand im Verlaufe des Jahres sich erneuert, speziell beim
otatorum.

Der letzte Satz gilt in seinem ganzen Umfange auch für die
ung der Todesfälle. Bei Berechnung der Sterblichkeit der gewö
Formen von Geisteskrankheiten, speziell bei den Provinzialanstalten
ndere Erwägungen Platz. Bei diesen findet in der ersteren Zeit eine
terblichkeit statt, welche sich allmählich vermindert und später b
eile der gewöhnlichen Sterblichkeit derselben Altersklassen der Bev
nscheinend nahe kommt. Man hat daher eine Methode anzuwenden
er Methode der Sterblichkeitsberechnung der Bevölkerung e
it deren Resultaten ja auch ein Vergleich stattfinden muß. Dies
erechnung zum durchschnittlichen täglichen Bestand des betreffende
er einfach in die Zahl der Todesfälle desselben Jahres dividi
iegen mehrere Jahre vor, so hat man das arithmetische Mittel des B
er betreffenden Jahre in die Zahl der durchschnittlichen Todesfälle
ahre zu dividieren. — Durch diese Methode wird der verschiede
nthaltsdauer der Kranken Rechnung getragen, welche bei manchen
ialanstalten viel länger ist, als bei manchen städtischen usw. Ansta

Die prägnanteste Gegenüberstellung in dieser Hinsicht gibt
. 29. Darnach betrug die durchschnittliche Verpflegungszeit fü
Kranken auf der Irrenabteilung der Berliner Charité in 24 Jahren
n der Departements-Irrenanstalt zu Düsseldorf 335 Tage. Die Kra
etzteren wurden daher 23 : 335 = 15 mal so lange verpflegt, al
Charité.

Die Ziffer des durchschnittlichen Bestandes des betreffende
kann in manchen Anstalten einfach so berechnet werden, daß die
Verpflegungstage des betreffenden Jahres, die vielfach aus admini
Gründen berechnet wird, durch 365 resp. 366 dividiert wird. Sonst
nnäherungsweise so berechnet, daß zum Bestande beim Beginne de
die Hälfte des Zugangs addiert, und von dieser Summe die Hälfte
gangs (der auch aus dem Bestande beim Beginn des Jahres erfolgt)
iert wird, oder so, daß einfach das Mittel aus dem Bestande beim
nd beim Ende des betreffenden Jahres genommen wird. — Von den

Google

r einzelnen Todesursachen zur Gesamtheit der Todesfälle wird spät
sprochen werden.

mag noch bemerkt werden, daß in England, Schottland und Irlan
viel größeren staatlichen Versorgung der Geisteskranken, außer d
s Bestandes (und der Zahl der bei der Irrenzählung gelegentlich d
hlung ermittelten Geisteskranken), die Zahl der jährlich registrierte
kranken (Aufnahmen) und der zum erstenmal Aufgenommenen b
wird. Es findet die Berechnung der Genesungen zu den Aufnahme
Berechnung der Sterblichkeit jedes Jahres zum durchschnittliche
n Bestande statt, wie dies seit Jahren an dieser Stelle ausgeführt is
enn auch das von *Grunau* befolgte Verfahren keine sachlich richtige
e ergeben kann, so wäre es doch möglich, daß manche richtige B
en unter den untersuchten Eigenschaften sich erhalten hätten. Zu
lung hierüber sind einige einfache *Grunau*sche Resultate mit andere
engestellt worden, die in richtiger Weise nach den Aufnahmen b
wurden. Die erste Zusammenstellung enthält die Formen:

	Einfache Seelenstörung	Paralyse	Epilepsie	Idiotie	Delirium potatorum
Verpflegungsfälle 1875—1900	72,7	8,8	9,3	9,2	—
Aufnahmen 1884—1897	65,7	14,7	9,0	10,6	—
Verpflegungsfälle 1875—1900	70,23	8,52	9,02	8,89	3,34
Verpflegungsfälle 1900	66,6	8,0	10,7	12,4	2,3
nen 1902 (Heft 187)	60,6	11,7	10,7	10,0	5,0

*unau*schen Verpflegungsfälle von 1875—1890 mit den Aufnahmen v
897 nach den *Mayet*schen Angaben. Da letzterer das Delirium pot
ortgelassen hat, so hat auch bei *Grunau* die Berechnung zur Summ
en vier Formen stattgefunden. Es ergibt sich dann zunächst, d
eits die großen und die kleinen Zahlen bei denselben Formen si
Die größten Unterschiede finden sich einerseits bei der einfach
törung, wo der *Grunau*sche Satz viel höher ist, denn bei den Paralytiker
viel niedriger ist als bei den Aufnahmen. Die Fälle der einfach
törung haben durchschnittlich die längste Aufenthaltsdauer, häufen si
m Bestande mehr an, umgekehrt die Fälle von Paralyse. Die Za
Epileptischen unterscheiden sich am wenigsten.

ie zweite Zusammenstellung enthält die Prozentsätze der Formen d
schen Verpflegungsfälle von 1875—1900 und die des Jahres 19
Aufnahmen des Jahres 1902 nach Heft 187 des preußischen Staate
ann hier dieselben Bemerkungen machen, wie vorher, die große
bleiben beiderseits groß, die kleinen klein. Die Verpflegungsfäl

als die Aufnahmen, die der Paralytiker, und hier in höherem Grad
Delirium potatorum, namhaft niedriger. Die Epilepsie verändert ih
am wenigsten. — Das Resultat ist demnach, daß die Veränderunge
die Prozentsätze der einzelnen Formen bei den Verpflegungsfällen g
den Aufnahmen erleiden, durch die durchschnittliche Aufenthalt
einzelnen Formen bedingt werden. Die Formen mit der längsten
haltszeit wachsen im Bestande, der den größeren Teil der Verpfleg
liefert, mehr an (einfache Seelenstörung), die mit kürzerer Aufen
treten im Bestande zurück (Paralyse), die mit der kürzesten am
(Delirium potatorum).

Die amtlichen Berichte über den Bestand am 31. Dezember
am 1. Januar des neuen Jahres stimmten in den 26 Jahren nur einm
überein. Sonst kamen Differenzen bis zur Höhe von 889 Fällen
sei dies auf mangelhafte Nachrichten aus den Anstalten zurückzufü

Die „Nichtgeisteskranken" in den öffentlichen Irrenanstalten
in den amtlichen Tabellen mitgeteilt werden, sind fast ausschließli
suchungsgefangene, die auf Gerichtsbeschluß zur Feststellung ihres
zustandes in die Irrenanstalt geschickt, aber für geistesgesund
worden sind. Auffallend ist, daß viele Genesungen von ihnen
werden. Auch die Zahl der Todesfälle ist eine verhältnismäßig gro

Verf. hat bei der Summe seiner Verpflegungsfälle ein Überwi
männlichen Geschlechts, auf 100 Männer kommen 87,22 Frauen. (
den Aufnahmen 1902 und bei den Aufnahmen bei *Mayet* überwi
Männer.) In den Privatanstalten kommen auf 100 Männer 85,15 Fr
der Bevölkerung kommen nach Verf. in Preußen auf 100 Männer 10
Wenn man annimmt, daß die Geschlechter in der Bevölkerung in d
Verhältnis erkranken wie bei den Verpflegungsfällen der Anstalt
Verf. neigt). so würden die Männer um 15 % mehr erkranken als di
was auf größere Anstrengungen im Erwerbsleben und Ausschw
komme.

Folgende Zusammenstellung enthält die Geschlechtsverhältn
einzelnen Formen und der „Nicht-Geisteskranken" bei *Grunau* (Ta
bei den Verpflegungsfällen von 1875—1900, bei den Aufnahmen
1897 nach den Zahlen bei *Mayet* und bei den Aufnahmen 1902.
männliche Verpflegungsfälle resp. Aufnahmen kommen Frauen:

	Grunau Verpflegungsfälle	Aufnahmen 1884—1897	Au
Bei einfacher Geistesstörung...	110,54	115,5	
Bei paralytischer Geistesstörung	31,31	25,8	
Bei epileptischer Geistesstörung	72,63	72,2	
Idiotie	74,22	67,1	
Delirium potatorum.....	6,43	—	
Nichtgeisteskranken	37,0	—	

Digitized by Google

ziemlich mit der zweiten Hälfte der *Grunau*schen Periode zusammen
stehen beiderseits die Frauen bei der einfachen Geistesstörung we
n Männern, umgekehrt bei den andern Formen. Bei der einfache
törung stehen die Verpflegungsfälle unter den Aufnahmen. Es könnt
tweder durch eine kürzere Aufenthaltszeit der Frauen und dadurc
des Bestandes derselben, oder umgekehrt durch eine längere Aufen
der Männer bedingt sein. Umgekehrt verhält es sich mit der Para
l Idiotie, während die Epilepsie beiderseits denselben Satz liefer
nahmen 1902 weichen von denen von 1894—1897 mehrfach ab, a
ndsten bei der einfachen Geistesstörung, wo der Frauen Anteil unte
Männer bleibt. Er ist jedoch auch hier bedeutend höher als b
leren Formen.

der folgenden Zusammenstellung (S. 256) ist in der ersten Zeile de
satz der Zunahme der Verpflegungsfälle von *Grunau* vom Jahr
900, in der zweiten derselbe vom Jahre 1884—1897, berechnet zu
884, und in der dritten Zeile die Zunahme der Aufnahmen vo
887 in derselben Weise berechnet. — Zunächst fällt auf, daß di
Zeile viel geringere Werte hat als die erste Zeile. Die zweite Zeil
t sich eben nur auf etwa die Hälfte der Zeit. Die Unterschiede sin
sten bei der Paralyse, am geringsten bei der einfachen Seelenstörung
len für die Geschlechtsverschiedenheiten haben in beiden Zeilen eine
timmenden Gang. Die Frauen zeigen eine geringere Zunahme al
ner, mit Ausnahme der Paralyse mit entgegengesetztem Verhalten. -
te Zeile, die Aufnahmen betreffend, zeigt eine entschieden geringer
e als die zweite, betreffend die Verpflegungsfälle derselben Zei
erschied ist am geringsten bei der einfachen Geistesstörung (94%
ten bei der Epilepsie (67%). Die Schwankungen der Geschlechter de
nen entsprechen denen der Verpflegungsfälle derselben Zeit, mit de
ne, daß nicht allein die Paralyse sondern auch die Idiotie ein
Zunahme bei den Frauen hat. — So ergeben sich manche und z. T
nde Verschiedenheiten zwischen den Verpflegungsfällen und den Au

Interessant sind die Zahlen und Bemerkungen des Verf. über da
potatorum. Die Zahl der Verpflegungsfälle beträgt 1875 589, steigt a
icht ihre Höhe im Jahre 1886 mit 1460, hat 1887 noch 1419, um 188
zu fallen. Die Zahl bleibt dann anhaltend niedriger, wächst al
wieder, ohne jedoch die frühere Höhe wieder zu erreichen. — Ver
er Abfall ist zu groß, um als zufällig angesehen werden zu könner
erstreckt er sich ohne Ausnahme auf alle Provinzen. Verf. erblick
che einzig und allein in den Wirkungen des Branntweinsteuergesetze
Juni 1887, das am 1. Oktober desselben Jahres in Kraft trat. In
sselben wurde der Trinkspiritus wesentlich teurer, so daß wenige
n wurde. Auch die gewaltige Zunahme der Einwohnerzahl der Groß

Zunahme der Fälle vom ersten bis zum letzten Jahre	Summe aller Formen			Einfache Seelenstörung			Paralyse			Epilepsie			Idiotie			Del. pota
	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Brunau Verpflegungsfälle von 1875—1900	300,48	309,62	290,0	256,28	263,2	249,7	426	361	727,6	506	564	431,9	530	567,7	482,9	123
Brunau Verpflegungsfälle von 1884—1897	191	196	186	172	175	170	211	205	234	268	300	229	324	347	296	
Aufnahmen v. 1884—1897	174	178	169	162	164	161	192	189	208	180	190	165	226	225	232	
Prozentsatz der letzten Zeit von der vorletzten ...	91 %	--	—	94 %	—	—	91 %	—	-	67 %		-	70 %	-		

	Summe aller Formen	Einfache Seelenstörung	Paralyse	Epilepsie	Idiotie	Del. pot.	Bevölkerung 1897 in 1000	1 Verpflegungsfall jährl. kommt auf Einwohner
Berlin	138 417	70 092	21 976	22 708	9 757	13 139	1 677	348
Schlesien	105 726	72 960	8 830	9 819	9 874	3 559	4 415	1 123
Hessen-Nassau.....	67 021	46 676	4 631	4 725	9 973	613	1 757	688
Westfalen	51 699	42 222	2 023	2 391	4 743	189	2 701	1 364
Rheinprovinz	137 975	109 705	9 444	7 545	9 213	1 471	5 106	973

Digitized by Google

n Periode nach den einzelnen Provinzen. Auf S. 256 sind die An- fünf Provinzen zusammengestellt. Es hat Interesse, festzustellen, el Einwohner durchschnittlich jährlich ein Verpflegungsfall kommt. rletzten Kolonne sind die Bevölkerungszahlen der einzelnen Pro- n 1897 nach *Hübners* statistischer Tabelle in Tausenden angegeben. umme der Geisteskranken in der ersten Kolonne sind Delirium pota- nke, deren Vorkommen aus zufälligen Gründen so sehr wechselt, . Die letzte Kolonne zeigt die außerordentliche Verschiedenheit der Provinzen. Die größte Zahl Verpflegter hat Berlin, ca. viermal so estfalen.

nland-Westfalen stellt den größten Teil des Kohlenbergbaues im n Staate, und abgesehen von Berlin, auch anderer Industrien. vinzen haben deswegen seit einigen Dezennien eine bedeutende ung erlitten. Westfalen steht dabei an erster Stelle. Die Zahlen keinen Anhalt dafür, daß dadurch mehr Geisteskranke resp. mehr ngen in Irrenanstalten hervorgebracht sind. — Die hohe Zahl der gsfälle in Berlin kann man daher nur auf die Großstadt beziehen, gen mehr Erkrankungen oder wegen größerer Fürsorge des Ge- s.

einzelnen Formen verhalten sich in den verschiedenen Provinzen n. Während bei der Summe aller Formen Berlin die größte Zahl egungsfällen liefert, in zweiter Reihe die Rheinprovinz steht, in hlesien, ist bei der einfachen Geistesstörung die Aufeinanderfolge: ovinz, 2. Schlesien, 3. Berlin. — Die Paralyse hat wieder ganz andere se. — Nach Verf.s Berechnung liefern die Verpflegungsfälle von von der Gesamtzahl der Verpflegungsfälle in Berlin 15,96%, in 8,41, in Hessen-Nassau 6,96, Rheinland 6,87, Westfalen 3,92%. die Epilepsie liefert Berlin eine sehr hohe Ziffer. Bei Idiotie haben ssen-Nassau, Schlesien, Rheinprovinz eine nicht sehr verschiedene gsziffer.

er Mehrzahl der Provinzen überwiegt die Zahl der männlichen Ver- älle, am meisten in Berlin. Die einfache Geistesstörung hat hier ch ein Übergewicht für die Frauen. Für die Summe der Formen das Delirium potatorum sehr ins Gewicht. Nur in Rheinland und ern ist für die Summe aller Formen die Zahl der weiblichen Ver- älle größer. Für die Aufnahmen im Jahre 1902 liefern die öffent- stalten jedoch auch bei beiden ein namhaftes Übergewicht für die

hat in seinen Tabellen in der ersten Kolonne die Verpflegungs- der zweiten die Heilungen, in der dritten die Todesfälle, in der nd fünften Kolonne die Heilungs- und Sterblichkeitsprozente be- u den Verpflegungsfällen. Die Heilungsprozente betragen für hre 6,47% (7,76 M. 4,98 Fr.). Sie sind für die Männer immer

Digitized by Google

r ab. Das Jahr 1875 hat 8,08% (9,80 M. 6,12 Fr.), das Jahr
% (5,25 M. 3,30 Fr.). Der größte Abfall erfolgte im Jahre 1888
im Jahre 1887 auf 6,22, infolge Abfalls der Delirium potatorum-
ihren vielen Heilungen.

Ref. hat auf S. 259 eine Zusammenstellung gemacht über die
—1887 und 1894—1897, für welche ihm ein Vergleich mit den
nen möglich war. Die erste Abteilung betrifft Fälle der einfachen Ge
ung. Hier zeigt sowohl bei den Verpflegungsfällen als bei den Aufna
zweite Periode einen Abfall der Genesungsprozente gegen die er
auch die einzelnen Jahre jeder Periode zeigen im ganzen einen A
dem ersten zum letzten Jahre. Der Abfall von der ersten zur zw
ode ist bei den Verpflegungsfällen stärker (auf 73%) als bei den
nefällen (78%), was auf Anhäufung alter Fälle im Bestande bei
flegungsfällen zu beziehen ist. Die Frauen haben beiderseits gr
esungsprozente als die Männer.

Die zweite Abteilung der Tabelle enthält zunächst bei den Verpfleg
n die Genesungsprozente aller Formen. Hier macht die erste Pe
4—87) zur zweiten einen Abfall von 8,53 auf 5,1% = auf 60%
ner haben beiderseits namhaft höhere Genesungsprozente als die Fr
es beruht auf Beimischung der Delirium potatorum-Fälle, wie die folg
ilung lehrt, wo diese sowohl bei der Summe der Verpflegungsfälle a
Genesungen ausgeschlossen sind. Hier sind die Genesungsprozente
, aber der Abfall ist ein geringerer, von 5,1% auf 3,6% = 71%. Be
nung nach den Aufnahmen ist der Abfall wieder ein geringerer auf
erseits sind die Genesungsprozente bei den Frauen höher, als be
nern, besonders bei der Berechnung nach den Aufnahmen.

Sowohl bei der Berechnung der Genesungsprozente bei der einf
tesstörung, als bei der Summe aller Formen sind die nach den Aufna
3½mal höher, als die nach den Verpflegungsfällen. In Wirklic
der Unterschied noch ein namhaft größerer. Die Verpflegungsfäll
en nur die öffentlichen Anstalten, die Aufnahmen dagegen die S
öffentlichen und privaten Anstalten, welche letztere nach Verf. 30%
flegungsfälle der ersteren liefern. — So nehmen die Unterschied
omplizierter die Verhältnisse werden, wenn man sich von den Beziehu
einfachen Tatsachen aufeinander (hier Aufnahmen — Genesungen) ent
he nebenstehende Tabelle.)

Die Sterblichkeit bei Berechnung der Zahl der Todesfälle von de
flegungsfälle beträgt für die ganze Periode 7,25% (7,97 M. 6,43
nimmt mit den Jahren allmählich ab, die ersten 13 Jahre haben 7,
letzten 7,07%. Die Sterblichkeit der Männer ist immer größer al
Frauen. Bezüglich der einzelnen Formen bei dieser Berechnun
endes zu bemerken:

Digitized by Google

Genesungs-Prozente.

	Einfache Geistesstörung					
	bei Verpflegungsfällen von *Grunau*			bei Aufnahme		
	S.	M.	Fr.	S.	M.	F
1884	6,56	6,31	6,77	22,7	22,4	2
1885	6,13	5,82	6,41	21,4	21,0	2
1886	6,17	6,02	6,32	20,8	20,2	2
1887	5,84	5,49	6,16	19,7	18,7	2
1894	4,82	4,37	5,22	17,1	15,8	1
1895	4,58	4,37	4,77	17,1	16,7	1
1896	4,48	4,07	4,86	16,2	14,8	1
1897	4,19	3,93	4,42	15,5	14,8	1
schnitt 1884—1887.....	6,17	—	—	21,15	—	
schnitt 1895—1897.....	4,52	—	—	16,5	—	
-1887 = 100, 1895—1897 =	73	—	—	78	—	
Summe aller Formen.						
schnitt 1884—1887.....	8,53	10,9	5,65	—	—	
schnitt 1894—1897.....	5,1	6,06	4,06	—	—	
Zeile = 100, zweite = ...	60	—	—	—	—	
Ohne Del. pot.						
schnitt 1884—1887.....	5,1	4,7	5,5	15,9	14,0	1
schnitt 1894—1897.....	3,6	3,3	3,9	12,0	10,8	1
Zeile = 100, zweite = ...	71	—	—	75	—	

Bei dieser Berechnung nach den Verpflegungsfällen ist die Sterblich
rößten bei der paralytischen Geistesstörung 27,52, es folgt das Deli
orum 8,94, die epileptische Seelenstörung 6,45, einfache Geistesstö
Idiotie 4,33. Die Sterblichkeitsziffer der Frauen ist größer bei
chen Geistesstörung (4,79 M. 5,53 Fr.), bei der epileptischen See
ng (6,37 M. 6,55 Fr.), bei der Idiotie (3,95 M. 4,83 Fr.). Umgekehr
terblichkeit der Männer größer bei der Paralyse (28,26 M. 25,14
beim Delirium potatorum (9,0 M. 7,94 Fr.). Die Nichtgeisteskra
n auch eine ziemlich hohe Sterblichkeit: 9,0 (8,23 M. 11,08 Fr.).

Die prozentuale Sterblichkeit ist am größten in Berlin: 9,14 (9,7
Fr.), am kleinsten in Westfalen: 5,01 (5,61 M. 4,34 Fr.). Es sind
rovinzen, in deren Anstalten die Paralyse (und das Delirium potato
äufigsten resp. am seltensten vertreten sind.

Eine vergleichende Berechnung der durchschnittlichen jährlichen To
zum durchschnittlichen jährlichen Bestande läßt sich nicht machen,

Verf. behandelt weiter die Todesursachen. Er bringt sie (69)
pen unter: I. Ernährungsstörungen, II. Infektionskrankheiten, III. Lun
kheiten, IV. Krankheiten des Blutkreislaufsystems, V. Gehirnkrankhe
Krankheiten des Verdauungsapparates, VII. Krankheiten des Harna
, VIII. Gewaltsame Todesarten. Dazu kommen noch: Nicht nan
chte Todesarten.

Die Gesamtzahl der Todesfälle beträgt 62749.

I. Ernährungsstörungen sind erlegen 8722 = 13,99% aller Todes
2 M. 17,78 Fr.), davon an Altersschwäche 5,10% (3,13 M. 7,89
Marasmus (Inanition) starben 3097 = 4,97% (4,37 M. 5,81 Fr.).
s und Sarkom starben 1216 = 1,95% (1,47 M. 2,63 Fr.). An Deli
corum starben 540 = 0,87%. Dies ist etwa der 5. Teil aller gestorb
ium potatorum-Kranken. Die anderen starben an Lungen-, Herzk
n, Tuberkulose, Gehirnkrankheiten usw.

An II. Infektionskrankheiten sind gestorben 12208 = 19,58% (16,9
Fr.). Hier macht eine einzige Todesursache, die Tuberkulose
Fälle = 15,33% (13,22 M. 18,31 Fr.) über drei Viertel der ga
ne aus.

Verf. fährt fort: Dieser Prozentsatz für Tuberkulose ist nicht hoch
er Altersklasse der Erwachsenen — über 15 Jahre —, mit welcher
den Irrenanstalten fast nur zu tun hat, in Preußen mehr, etwa
allen Gestorbenen der Tuberkulose erliegen. — Es wird bald ausge
en, daß die Vergleichung des Prozentsatzes der Todesfälle eine
nten Krankheit von der Summe aller Todesfälle einerseits des Todes
renanstalten, andererseits der Bevölkerung zu Irrtümern führen kan

An dem letzten Viertel der Infektionskrankheiten sind noch 18 Rub
ligt, Peritonitis (608 Fälle), Pyämie (452), Ruhr (332), Rose (
us (281), und andere mit niedrigeren Zahlen.

Zwei Epidemien verdienen eine eingehende Darlegung. Im Sommer
n in der Irrenanstalt zu Nietleben bei Halle eine Choleraepidemie
51 Kranke erlagen. Hier besteht zur Beseitigung der Abwässer
lien eine Rieselanlage, welche damals nicht genügend funktionierte
nutzwasser in die Saale laufen ließ. Weiter unterhalb am Flusse lieg
pfstelle für die Wasserbeförderungsanlage der Anstalt. Dies W
vor dem Gebrauche noch filtriert. Die Cholerabazillen wurden
nlich durch einen neuen Wärter eingeschleppt, der aus Hamburg
eine leichte, übersehene Krankheit durchgemacht hatte.

Dann kam in Altscherbitz eine Typhusepidemie vor im Jahre
rsacht durch das Wasser der Elster, das durch die Leipziger Effl
reinigt war. Der Sommer war sehr trocken gewesen. Das Elsterw
e damals, nachdem es durch Klärbassins gegangen war, in vielen
gen als Bade- usw. Wasser gebraucht, das Trinken desselben war
Es erkrankten im ganzen 17 M. und 11 Fr., von denen 8 M. ste

den Frauen befand sich eine Wärterin, welche nach ihrer Gene
verbotenen Genuß des Elsterwassers zugab.

An III Lungenkrankheiten starben 12325 = 19,78 % (21,16, M. 17,80
n IV Krankheiten des Blutkreislaufs starben 3652 = 5,86 % (4,9
Fr.). — An V Gehirnkrankheiten, der größten Gruppe starben 1667
% (31,47 M. 20,04 Fr.). Das größte Kontingent dazu stellt die Para
132 = 8,23 % (11,07 M. 4,20 Fr.). Dies macht ungefähr den vierten
gestorbenen Paralytiker aus.

Weiter gehören zu den Gehirnkrankheiten: Apoplexie (4,01 %), Ence
(2,22 %), Epilepsie (2.16 %) usw.

An VI Krankheiten des Verdauungsapparates starben 1494 (2,40)
Krankheiten des Harnapparates, 1540 (2,47 %). — Gewaltsamen To
, VIII. sind erlegen 1007 = 1,62 % (1,91 M. 1,20 Fr.), darunter Se
e 448 = 0,72 % (0,83 M. 0,56 Fr.) usw. Nach Verf. bleiben
entsätze noch unter dem allgemeinen Durchschnitt der Bevölkerun
Ben, welche für die gewaltsamen Todesarten mindestens 2 %, für
tmord 0,8 % beträgt.

Es sind im ganzen 415 Nichtgeisteskranke gestorben, nach Verf.s
hung von den Verpflegungsfällen der Nichtgeisteskranken 9,0 %, ge
7,25 bei den Geisteskranken. An Gehirnkrankheiten starben 11
% (27,80 M. 27,53 Fr.) aller Todesursachen, also mehr als bei
eskranken. An gewaltsamen Todesursachen starben 18 = 4,34 % (5,4
Fr.) aller Todesursachen, gegen 1,62 bei den Geisteskranken. An Se
allein starben 6 (bei den Geisteskranken 448). Berechnet man h
n als Prozentsätze zu den Verpflegungsfällen des Verf.s (bei Nichtgei
ken 4609, bei Geisteskranken 860580), so haben die Nichtgeisteskra
Selbstmorde, die Geisteskranken namhaft weniger: 0,05. — Bei
n von Nichtgeisteskranken ist als Todesursache Delirium potatorum
ben. Wenn man nun auch annimmt, daß das Urteil „nicht geisteskr
auf eine weiter zurückliegende Zeit bezieht, so lag doch ein nicht
r Zustand des Gehirns vor.

Alle diese Tatsachen sind also Gründe, welche gegen den norm
and dieser „Nichtgeisteskranken“ im ganzen sprechen.

Über die Berechnung des Prozentsatzes der einzelnen Todesursa
Gesamtheit der Todesursache ist folgendes zu bemerken. Man kann
r Berechnung zur vorläufigen Orientierung nicht entziehen, zur
ng etwaiger besonderer abnormer Sterblichkeitsverhältnisse des
nden Jahres, zur Vergleichung mit früheren Zeiten derselben An
anderen Irrenanstalten. Sie kann jedoch zu Irrtümern Veranlas
n, besonders bei Vergleichen mit der Sterblichkeit der Bevölker
e Irrtümer werden dadurch veranlaßt, daß in den Irrenanstalten
en für einzelne Gruppen von Todesursachen besonders hoch, und wechs
sind, viel höher als in der Bevölkerung. Hierhin gehören speziell

vidiert wird. Bei den Irrenanstalten entspricht diesem Bestande
ölkerung der durchschnittliche tägliche Bestand des betreffenden
elcher in die Zahl der betreffenden Todesursache desselben Jahres
erden muß.

Für die Selbstmorde mag eine solche Berechnung angestellt
on 1875—1900 lagen im Durchschnitt jährlich 33276 Verpflegungsf
a mir keine anderen Anhaltspunkte vorliegen, so mag herangezogen
aß im Jahre 1902 in den preußischen öffentlichen Irrenanstalten de
hnittliche Bestand des Jahres zwei Drittel von der Summe der Verpf
lle ausmacht. Dementsprechend würde zu den 33276 Verpflegungsfä
rchschnittlicher Bestand von 22184 Personen gehören. Selbstmorde
rchschnittlich jährlich 17 vor. Dies macht auf eine Million 766
orde, viel mehr, ich denke mehr als 3 mal so viel, als in der Bevö

Verf. bringt dann noch eine Zusammenstellung der einzelner
hen preußischen Irrenanstalten von 1877 bis 1900, der eingegange
ch bestehenden, mit den Verpflegungsfällen aller Jahre, Heilungen
llen und Prozentberechnungen, ferner den Krankenbestand am 31.
r 1900. Es sind 125 Anstalten. Der Krankenbestand am 31. Dezem
ar am größten in Dalldorf mit 2542 Kr. (1366 M. 1176 Fr.), es fol
rge mit 1490 Kr. (876 M. 614 Fr.), dann vier Anstalten mit 1000—
ber 500—1000 im Bestande hatten noch 4 Anstalten, 100—500 Kr
alten usw.

Verf. bringt noch mancherlei allgemeine Angaben und Beurt
elche nur lose mit seinen Zahlen zusammenhängen, und die nicht
renärzte, sondern auch für ein größeres Publikum Interessantes bi

Digitized by Google

Inhalt.

Psychologie und 2. Psychophysik. Ref.: Arthu
Wreschner-Zürich ..... Seite

Mach, E., Erkenntnis und Irrtum. Skizzen zur Psychologie der
g. *Möller, P.*, Die Bedeutung des Urteils für die Auffassung. *
R., Psychologische Faktoren des modernen Zeitgeistes. *Werthe*
Experimentelle Untersuchungen zur Tatbestandsdiagnostik. *Hamme*
experimentellen Kritik der Theorie der Aufmerksamkeitsschwankur
ore, C. E., Die Aufmerksamkeitsschwankungen. *Alexander-Sch*
, Zur Frage der Beeinflussung des Gedächtnisses durch Tuschr
s, W., Aufmerksamkeit und Zeitverschiebung in der Auffassung dispa
esreize. *Angier, Roswell P.*, Die Schätzung von Bewegungsgrößen
erarmbewegungen. *Gordon, Käte*, Über das Gedächtnis für affektiv
nte Eindrücke. *Külpe, O.*, Bemerkungen zu vorstehender Abhand
nc, F., Über einige geometrisch-optische Täuschungen. *Botti, L*
Beitrag zur Kenntnis der variabeln geometrisch-optischen Strec
hungen. *Störring, G.*, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Ge
ner, Mathilde, Die Abhängigkeit der Atem- und Pulsveränderung
und vom Gefühl. *Bárány, R.*, Experimenteller Beitrag zur Psycho
Urteils. (Über mehrere von dem Grade der Aufmerksamkeit abhä
lsphänomene im Gebiete unsicherer taktiler Empfindungen.) *Alexa*
fer, Gisela, Zur Frage über den zeitlichen Verlauf des Gedächtnisb
erschiedene Sinnesreize. *Taylor, Clifton O.*, Über das Verstehen
en und Sätzen. *Weygandt, W.*, Experimentelle Beiträge zur Psycho
chlafes. *Ephrussi, P.*, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedäch
ng, H., Das Augenmaß bei Schulkindern. *Watt, H. S.*, Experimer
äge zu einer Theorie des Denkens. *Vaschide, N.*, Index Philosoph
cation annuelle de la Revue de Philosophie. *Pedersen*, Experimer
rsuchung der visuellen und akustischen Erinnerungsbilder, angestel
kindern. *Lagerborg, R.*, Das Gefühlsproblem. *Hirschlaff, L.*, Hypr
und Suggestivtherapie. *Stefani-Ugolotti*, Influenza dell' età e del
à e ripetizione dello stimolo sui caratteri di alcuni reazioni ne
entari contributo allo studio dell' adattamento. *Stefani-Ugolotti*, Al
che di psicofisiologia cellulare. *Piéron, H.*, Psychologische Beobachtu
ieren. *Kronthal, P.*, Metaphysik in der Psychiatrie.

erichtliche Psychopathologie. Ref.: Ernst Schultze-
Greifswald ..... Seite

Groß, Adolf, Kasuistischer Beitrag zur klinischen und forensischen

Digitized by Google

ern. *Politz*, Einzelhaft und Geistesstörung. *Wehmer*, Prak
hrungen bei Entmündigung Trunksüchtiger. *Groß*, *Hans*, Hausarres
fmittel. *Morel*, *Jules*, Die psychologische Beschaffenheit der rückfäl
recher. *Herz*, *Hugo*, Die Verbrechensbewegung in Österreich in
en 30 Jahren in ihrem Zusammenhange mit wirtschaftlichen Verhältni
e, *O.*, Über die Behandlung und Unterbringung psychisch abnormer
ezöglinge. *Roos*, *J. R. B. de*, Aus der niederländischen Kriminalstat
elken, *Hermann*, Über die Versorgung der geisteskranken Verbrech
and. *Wulffen*, Zur Kriminalpsychologie der Kinder. *Muralt*, *L.*
Familienmord. *Leppmann*, *F.*, Die Sittlichkeitsverbrechen. *Straßmann*
verminderte Zurechnungsfähigkeit. *Grassl*, Die „Trunksucht“ als
digungsgrund. *Schorer*, *J. A.*, Wissenschaft und Rechtsprache. *Fre*
Haftwirkungs-Enqueten. *Leppmann*, *F.*, Über Strafvollzugsunfähig
wig, *Albert*, Ein moderner Hexenprozeß. *Hellwig*, *Albert*. Diebstah
glauben. *Schwabe*, *E.*, Die Aufgaben der Medizinalbeamten in
die Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten. *Koppe*,
chten über die Zeugnisfähigkeit einer Schwachsinnigen. *Ungar*
nken gegen die übliche Protokollierung. *Kurz*, *E.*, Zur Prophylax
eitsdelikte. *Wyler*, *Markus*, Die rechtliche Basis der staatlichen
rge. *Mittermaier*, *Wolfgang*, Zur Frage der Schwurgerichte. *W*
R., Die forensisch-psychiatrische Bedeutung der Menstruationsvorg
ler, Die psychologischen Kriterien der Zurechnungsfähigkeit. *Wilm*
, Das Landstreichertum, seine Abhilfe und Bekämpfung. *Mönkem*
akuten Gefängnispsychosen und ihre praktische Bedeutung. *Sichart*,
nken eines Verteidigers der Zweckstrafe über Zurechnungsfähig
r, *Fr.*, Willensfreiheit und Psychopathologie. *Treu*, *Max*, Pensum
ngsarbeit in den Strafanstalten. *Högel*, Die deutsche Rückfallsstat
r, *Fritz*, Ein Vorlagebuch für Tätowierungen. *Groß*, *Hans*, Zur ps
chen Tatbestandsdiagnostik. *Matthaei*, Erweiterung des Strafregi
r, *Hugo*, Die Kriminalität des Weibes nach den Ergebnissen der ne
rreichischen Statistik. *Schweickert*, *Hans*, Kriminalcharakterolog
ien. *Krause*, Anti-Alkoholismus — Blaues Kreuz — Religiöser Wahn
zeitgemäße Betrachtung aus Strasburg (W.-Pr.). *Pick*, *A.*, Zur Ps
des Vergessens bei Geistes- und Nervenkranken. *Rodenwaldt*,
Methode der Intelligenzprüfung. *Racine*, Aus der gerichtlichen P
de, Beitrag zur Kasuistik der Seelenstörungen im Sekundärstadium
rbenen Syphilis in Form eines motivierten Gutachtens. *Braune*,
konträrer Sexualempfindung. *Edel*, *Max*, Sind Ärzte als Inhaber
atkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma in das Handelsregister
en zu lassen? *Leppmann*, *F.*, Alkoholismus und Ehescheidung. *S*
n, *Fritz*, Alkoholismus und Ehescheidung. *Kompe*, Idiotismus und
lität in strafrechtlicher Beziehung (Schluß). *Finckh*, *J.*, Über
nsisch interessanten Fall hochgradigen Schwachsinns, nebst Bemerku
Prüfung der Intelligenz. *Oberndörfer*, *S.*, Dr. med. und *Steinharter*, *S*
Die posthypnotischen Aufträge in ihrer psychiatrischen und juristische
ung (Fortsetzung und Schluß). *Schott*, Wiederaufhebung der Entmünd
Umwandlung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit in solche
testesschwäche? Nebst Bemerkungen über die Entmündigung wegen Ge
väche (Fortsetzung und Schluß). *Becker*, *Carl*, Eine Querul
tt, *A.*, Mord bzw. Totschlag und Dementia praecox. *Näcke*, Kastr
ewissen Fällen von Geisteskrankheit. *Ledenig*, *Adolf*, Wirkung
richtssaalberichten“. *Lippmann*, *Otto*, Reformvorschläge zur Zeuge
hung vom Standpunkte des Psychologen. *Schmidtmann*, Handbuc
chtlichen Medizin. Neunte Auflage des *Casper-Limans*chen Handbu

Aug., Die Geschichte eines geisteskranken Brandstifters. *Geill*, Krim
opologische Untersuchungen dänischer Sittlichkeitsverbrecher. *Jagem*
n, Mediziner und Juristen gegenüber den Fragen aus der forensis
nologie. *Aschaffenburg, Gustav*, Zur Psychologie der Sittlichkeitsverbre
el, Zur Reform der Freiheitsstrafen. *Hoche, Alfred*, Bemerkungen
e des künstlichen Aborts bei Neurosen und Psychosen. *Bonhöffer*, *I*
chkeitsdelikt und Körperverletzung. *Näcke, P.*, Der Traum als fein
ens für die Art des sexuellen Empfindens. *Ostermann*, Der heu
lpunkt der Daktyloscopie. *Groß, Hans*, Antrittsvorlesung. *Groß, Al*
Fall von Paramnesie in der antiken Literatur. *Daubner*, Leichensc
und Aberglauben. *Sieber, R.*, Zur Frage der Schlaftrunken
ver, Georg, Ein Fall solitärer Erinnerungstäuschung. *Hartmann, F*
chtung von Kindesmord. *Markovac, Karl*, Disposition der Epilep
Autosuggestion. *Näcke, P.*, Le monde homo-sexuel de Paris. —
détails sur les homo-sexuels de Paris. *Juliusburger, Otto*, Gegen
vollzug. *Lohsing*, Das Geständnis in Strafsachen. *Kötscher*, Über
ßtsein, seine Anomalien und ihre forensische Bedeutung. *Tü*
niatrisch-kriminalistische Probleme. *Reissner, Arthur*, Die Zwangsu
ung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. *All*
ity in penal institutions and its relation to principles of peno
er, Zur Feststellung des Geisteszustandes der Beschuldigten im S
hren. *Siefert*, Über die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher
Mittel der Fürsorge zu ihrer Bekämpfung. *Cramer*, Über Gemeinge
eit vom ärztlichen Standpunkte aus. *Petersen, Julius*, Dr., Re
htsrat a. D., Willensfreiheit, Moral und Strafrecht. Juristisch-psy
ne Grenzfragen: Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung, eine psy
che, psychiatrische und militärrechtliche Studie von Dr. *Ewald S*
ht über die Vorgeschichte und die Eröffnungssitzung der Vereini
erichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen
daselbst gehaltenen Vorträgen: 1. Die Reform des Vorverfahren
prozeß von Prof. *Mittermaier*. 2. Die Forschungen zur Psychologie
age von Prof. *Sommer*; Geistesschwäche als Entmündigungsgrund,
äge: 1. Dr. med. *Camerer*. 2. Oberlandesgerichtsrat *Landauer*. *F*
Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg und Gotha geb. Prinzessin
en. *von Schrenck-Notzing*, Kriminalpsychologie und psychopathologi
en. *Günther*, Die Zurechnung im Strafrecht. *Hoche, A.*, Zur Frage
nisfähigkeit geistig abnormer Personen. Mit einigen Bemerkungen
Dr. *A. Finger*, Halle a. S. *Lener*, La delinquenza e la pazzi
orto alla università del fenomeno economico. *Stewart*, The mental
l effects of the south African war, 1899—1902, on the British pe
art, The relationship of wages, lunacy, and crime in South W
olella, Sulla genesi biologica del delitto.

Pathologische Anatomie. Ref.: Matusch-Sachsen-
berg . . . . . Seite

Vogt, Über die Anatomie, das Wesen und die Entstehung mikrokepl
ildungen nebst Beiträgen über die Entwicklungsstörungen der Arch
des Zentralnervensystems. *Hartmann, F.*, Die Neurofibrillenlehre
Bedeutung für die klinische Neuropathologie. *Hinsdale, G.*, Parapl
fracture of the first, second and third dorsal vertebra, seven
ures, laminectomy, recovery. *Hoch, Th.*, Acute anterior poliomyelit
ath. *Fry, F. R.*, A case of cerebral tumor presenting confusing
s. *Ludlum*, An experimental study on the regeneration of peripl

ion of the cord, with probable dislocation of the fifth cervical ver
arks on the location of the center for the biceps reflex. *Walto*
, Brain Tumors, a study of clinical and postmortem records of
ability and their symptomatology. *Zenner*, A case of tumor of the
lobe. *Zenner*, An unusual case of carcinoma of the spine. *Dercum*,
spastic paralysis and syphilis of the cord. *Ludlum*, A preliminary
he possible relationship of neuro-fibrillar changes to insanity. *S*
J. and *Frazier, C.*, The treatment of cerebral palsies and athetos
e anastomosis and transplantation. *Langdon*, Myelomalacia with esp
ence to diagnosis and treatment. *Spiller, W. G.*, The location
pinal cord of the fibers for temperature and pain sensations. *Sims*.
omical findings in two cases of *Korsakoffs* symptom-complex. *Spra*
and *Park. R.*, Bilateral cervical sympathectomy for the relief epil
report of three cases. Notes on the physiologic effects of cuttin
pathetic and on the histologic changes found on the cases of que
r, *C. W.*, A case of myasthenia gravis, with autopsy. *Dercum*, A
rauma of the foot of the second frontal convolution, followe
a, nystagmus and epilepsy. *Morton Prince*, The course of the se
s in the spinal cord and some points in spinal localisation based
of section of the cord. *Webber*, Additional contribution to cas
iple sclerosis with autopsies. *Peli*, La cavità glenoidea dell' osso
le nei sani di mente, negli alienati e nei criminali. *Esposito*, Psam
dura madre. *Cerletti e Brunacci*, Sulla corteccia dei vecchi. *Ce*
a alcuni rapporti tra le „cellule a bastoncello" (Stäbchenzellen)
enti nervosi nella paralisi progressiva. *Ugo Cerletti* and *L. Lamb*
he pathology of the neurofibrils. *Turner*, Concerning the continuity
e-cells, and some other matters connected therewith. *Bethe*, Allge
omie und Physiologie des Nervensystems.

Allgemeines. Ref.: Snell-Lüneburg ..... Seite

Kraepelin, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und
rafft-Ebing, Psychopathia sexualis, mit besonderer Berücksichtigun
rären Sexualempfindung. — Eine medizinisch-gerichtliche Studie für
Juristen. *Möbius*, Im Grenzlande. *Möbius*, Franz Joseph Gall. *Tiling*.
iduelle Geistesartung und Geistesstörung. *Möbius, P. J.*, Gesch
Unbescheidenheit. *Grisar*, Ein Grundproblem aus Luthers Seelenl
oosten, Jesus Christus vom Standpunkte des Psychiaters. Eine krit
ie für Fachleute und gebildete Laien. *Schüle*, Über die Frage des
s von früher Geisteskranken.- II. (Geisteskrankheit und Ehe.) Anl
statistischen Tabellen über Erblichkeit. Klinische und biologische F
ungen. Genealogische Stammbäume von 20 zyklischen Geisteskr
Tabelle). Vorschläge zur Prophylaxe. *Keller, Friedr.*, Beurlaubun
striearbeitern zur Beschäftigung in landwirtschaftlichen Betrieben
irkung der sozialen Versicherungsanstalten. Ein Vorbeugungs-
s-Heilmittel gegen Nervenkrankheiten. *Schaefer*, Monumenta m
nalstellen über Medizin aus den alten Klassikern in deutscher
ung. Kulturhistorisches Bild in launiger Darstellung. *Freimann*,
den physiologischen Stumpfsinn des Mannes. *Peli, G.*, Sul modo
re un alienato. *Lehmann, A. R. H.*, Krankheit, Begabung, Verbre
Ursachen und ihre Beziehungen zueinander. *Ebstein-Schwalbe*, Han
praktischen Medizin. 3. Band. Krankheiten des Nervensystems (mi
ß der Psychosen). Krankheiten der Bewegungsorgane. *Bresler*.
nnen Geisteskrankheiten? *Gelpke*, Kulturschäden oder die Zunahm

s. *Drenkhahn*, Die Nervosität in früheren Jahrhunderten und in uns
Fisher, *E. D.* and *Brooks*, *H.*, Arteriosclerosis in its relation to dise
e nervous system. *Hoppe*, *H.*, Soul paralysis. *Spiller*, *W. G.*, The
nce in clinical diagnosis of paralysis of associated movements of
lls (Blicklähmung) especially of upward and downward associated m
s. *Chase*, *R. H.*, Delusions of the insane. *Wherry*, *J. W.*, Is delusi
ity due to disease of the brain? *Rich*, *H.*, A case of unusual se
city.

pezielle Pathologie und Therapie. Ref.: Umpfen-

bach-Bonn ..... Seite 1

Bischoff, *E.*, Über familiäre Geisteskrankheit. *Novy*, *Em.*, Folie gé
Boss, *J.*, Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Bornyval. C
, *J.*, Weitere Erfahrungen über die klinische Verwendbarkeit des Born
Fler, *G.*, Zur Behandlung der Hysterie mit Bornyval. *Beerwald*, *K.*,
und seine Verwendbarkeit in der ärztlichen Praxis. *Bianchini*
che cliniche sul Bornyval come sedativo e ipnotico. *Liebers*, *M.*, Be
ymptomatologie der Chorea chronica progressiva. Archivos Brasil
sychiatria, Neurologia e Sciencias affins. *Kutner*, *R.*, Über den diag
n Wert der Lumbalpunktion für die Psychiatrie. *Cramer* und *Tö*
ge zur Pathogenese der Chorea und der akuten infektiösen Proz
entralnervensystems. *Fischer*, *E.* und *von Mering*, Über Proponal
loges des Veronal. *Blake*, *Edward*, General Antisepsis in the T
of Neuropsychosis. *Alexander*. A note on Veronal as an Hypnotic
ive in Mental Affections. *Steen*, Mental Disease with Exophtolmic Go
naghey, Adolescent Insanity: A Protest against the Use of the T
entia praecox". *Gudden*, *H.*, Die physiologische und pathologi
ftrunkenheit. *Frenkel-Heiden*, Zur Kenntnis der Psychosen nach Erys
nann, *M.*, Über akute juvenile Verblödung. *Pollitz*, Einzelhaft
esstörung. *Podestà*, Häufigkeit und Ursachen seelischer Erkranku
er deutschen Marine unter Vergleich mit der Statistik der Ar
schansky, *M.*, Seekrankheit als Ursache akuter Geistesstörung. *W*
Trichophytie und andere Nebenwirkungen der Dauerbäder. *Tetzner*
durch gehäufte Krampfanfälle bei Katatonie. *Foerster*, *R.*, Über
e Wirkung eines Schlafmittels (Isopral). *Wassermeyer*, Beitrag
ng des Schlafmittels Isopral. *Weifenbach*, Über Neuronal und s
hbarkeit in der Irrenanstalt. *Klieneberger*, *L.*, Über Veronal. *Weber*,
posttraumatische Psychosen. *Donath*, *J.*, Zur Psychopathologie
llen Perversionen. *Lichtheim*, Über Kleinhirnzysten. *Kleist*, *K.*,
ngsaphasie. *Lewandowsky*, *M.*, Fall von Ponsherd. *Gierlich*,
dische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnid
ger, *A.*, Zur Kasuistik der Nervenkrankheiten nach elektrischem Trau
r, *H.*, Zur Wirkung des Hyoscins in der neurologisch-psychiatris
s. *Steiner*, *G.*, Zur Ätiologie der Dementia praecox. *Weygandt*, Be
ehre von den psychischen Epidemien. *D'Allonnes* et *Juquelier*, D
ersécution à trois. *Hartenberg*, La détresse des Psychasthénic
ux et *Alignot*, Cas d'amnésie rétro-antérograde consecutive à la penda
reu, *C.*, Erfahrungen über die Anwendung des Neuronals. *Bre*
nal. *Mohr*, *Fr.*, Zur Behandlung der Aphasie, mit besonderer Ber
gung des Agrammatismus. *Schmaltz*, Über familiären Tremor. *Flatau*
die Rückbildung der Stauungspapille bei Hirntumor. *Bornstein*,
s dorsalis und Psychose. *Schott*, *A.*, Klinischer Beitrag zur Lehre
Dementia praecox *Kräpelin*. *Auerbach*, *S.*, Traumatische Neurose

nal. *Rottenstein, S.*, Ein schwerer Fall von Tetanus. *Maas, K.*, von Lyssa humana. *Weyrauch, W.*, Über Chorea chronica progres rt, Ein Beitrag zur Paranoiafrage. *Raecke*, Zur Abgrenzung der ch Alkoholparanoia. *Vorkastner, W.*, Über pseudomelancholische Zustä ini, Über einen Fall von Sclerosis tuberosa hypertrophica. Istioa cale disseminata von *Pellizzi. Barret, Albert M.*, A study of m ses associated with cerebral Arterio-Sclerosis. *Colin*, Les aliénés *Vaschide, N.* et *Cl. Vurpar*, Recherches expérimentales sur la un cas d'hémiplegie. *Piéron, H.*, De l'influence des émotions s ge. *McDonald, William*, The present status of paranoia. *M y, W.*, Korsakoffs psychosis. *Meyer, Adolf*, The anatomical facts al varieties of traumatic insanity. *Buchanan, J. M.*, The treatme morphine habit by hyoscine. *Coriat, Isador. H.*, The chemical find e cerebro-spinal fluid and central nervous system in various m ses. *Berry, Walter D.*, Intracranial Psammo-sarcoma without paral n, *M. E.*, A sarcoma of the orbital periosteum: Report of a case. *P* olie dans les prisons. *Näcke*, Wahnideen und Irrtum. *Channing, W Wissler, Clark*, Comparative Measurements of the hard palate in no feeble-minded individuals. A preliminary report. *Farrar, Clarenc* diagnosis in Psychiatry. *Hurd, Arthur W.*, Korsakoffs Psychosis R ases. *Toulouse* et *Damaye*, Hérédité et éducation dans la genèse dies mentales. *Marandon de Montyel*, Prédisposition et causes dir iologie mentale. *Koennicke, Ernst*, Über das Wesen der Osteoma seine therapeutischen Konsequenzen. *Saint-Paul*, Le langage inté s paraphasies. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, mit beson cksichtigung der Homosexualität. *Petrén, A.*, Eine Analyse 00 Fällen chronischer Geisteskrankheit nebst einer kritischen Pri n Schweden offiziellen psychiatrischen Nomenklatur. *Petrén, A* er öfver Paranoia querulans. *Moll, A.*, Über Psychotherapie in s, mit besonderer Berücksichtigung der Wachsuggestion. *Fauser* meinen Psychopathologie der Zwangsvorstellungen und verwandten e. *Flatau, Georg*, Berlin, Über einen neuen Gymnastikapparat und endbarkeit bei Behandlung von Nervenleiden. *Mittelhäuser, E.*, Ap ll und Nervenerkrankung. *Heilbronner*, Geistesstörung im unmittelb hluß an Hirnerschütterung. *Damaye*, Obsessions zoophobiques et ersécution chez deux sœurs. *Cerletti-Perusini*, Sopra due case fami assia cerebello-spinale (tipo *Friedreich?*) presentanti alcune rare p ità. *Ferrarini*, Demenza precoce paranoide. *Ferrarini*, Parano enza paranoide? *Pighini e Paoli*, Di una speciale forma del gl nella demenza precoce. *Garbini*, Tumore della fossa posterior o. *Tomasini*, Le psicosi nell' esercito e la istituzione di manicom o. *Angiolella*, Sulle allucinazioni e sulle psicosi allucinatorie. *Pi* ribuzione allo studio della demenza precoce. *Cotton*, Unsoundness al disease in a local prison. *Townsend*, Mental depression and m a considered in regard to auto-intoxication, with special referen presence of Indoxyl in the urine and its clinical significance. cal observations on *Korsakoffs* Psychosis. *Andriezen*, The proble lity, with special reference to the pre-embryonic life. *Soca*, Sob plegia dolorosa de origen central. *Alexander*, A note on Veronal otic and sedative in mental affections. *Bond*, A plea for the c of the body-weight and its relation to mental disease. *Norman*, M craft: a study of a phase of paranoia. *Steen*, Mental disease wit halmic goitre. *Bolton*, Amentia and dementia: A clinico-patholo

nity. *Weatherley*, The natural characteristics and temperaments
tients and how they help or handicap us in our treatment. *McConagh*
cent insanity, a protest against the use of the term: „Dementia praeco
The relation of mental symptoms to bodily disease, with special re
to their treatment outside lunatic asylums. *Raymond*, Clinique
es du Système Nerveux. *Sachs*, Dementia praecox. *Peterson*, A c
phthalmic goiter associated with scleroderma and alopecia. *Pick*,
einen weiteren Symptomenkomplex im Rahmen der Dementia seni
t durch umschriebene stärkere Hirnatrophie (gemischte Apraxie). *Masc*
Epileptiform attacts during the course of Dementia praecox. *Bl*
nic multiple neuritis of obscure origin. *D'Orsay*, *Hecht*, A study
tia praecox.

ralyse und syphilitische Psychosen. Ref.: Schlüter-
Gehlsheim . . . . . Seite 16

Naka, *Kinichi*, Rückenmarksbefunde bei progressiver Paralyse und i
tung für das Zustandekommen der reflektorischen Pupillenstar
old, Über Dementia paralytica nach Unfall. *Hudovernig* und *Guszma*
die Beziehungen der tertiären Syphilis zur Tabes dorsalis und Paraly
ssiva. *Fischer*, Über die syphilogenen Erkrankungen des zentra
nsystems und über die Frage der „Syphilis à virus nerveux". *Non*
eiterer Beitrag zur Lehre von der anatomischen Grundlage der „syp
en Spinalparalyse". *Mendel*, Zur Paralyse-Tabes-Syphilisfrage. *V*
Frank, Über jugendliche Paralyse. *Kornfeld*-Gleiwitz, Traumatis
sstörung. Idiopathische allgemeine Paralyse? Alkoholische Pseu
se? *Feilchenfeld*-Berlin, Die Unterschrift der Paralytiker. Aus
der Lebensversicherung. *Mönkemöller*, Zum Kapitel der konjuga
se. *Fabinyi*, Über die syphilitischen Erkrankungen der Basilararter
ehirns. *Draeseke*-Hamburg, Progressive Paralyse und Chorea. *Giese*
se und Trauma. *Fry*, *F. R.*, Two cases of syphilitic disease of
al spine. *Marie* et *Pelletier*, *Madeleine*, Le mal perforant dans la pa
énérale. *Knauer*, *G.*, Progressive Paralyse? *Titius*, Über eine eig
Form der jugendlichen Paralyse. *Näcke*, Syphilis und Dementia pa
in Bosnien. *Marie*. Paralysie générale et syphilis chez les arab
eld, Über den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex bei Hirnlues. *Holo*
Early ocular signs of Dementia paralytica. *Vupras*, *Cl.*, L'étiolo
paralysie générale d'après les discussions de l'Academie de Med.
uvelles recherches sur la syphilis expérimentale. *Marchand*, *L.*,
iologique de la syphilis dans les psychoses. *Damaye*, *Henri*, Ter
omicide commise par une paralytique générale avec tendances mel
es. *Shepherd Ivory Franz*, The reeducation of an aphasie. *Cott*
A., A contribution to the study of the relation of general paraly
abes dorsalis. *Marie* et *Pelletier*, Le mal perforant dans la paraly
le. *Vigouroux*, Les escares dans la paralysie générale. *Middlm*
e of developmental general paralysis. *Baird*, Statistical observati
neral paralysis. *Graham*, A case of general paralysis of the insa
yphilitic meningomyelitis.

pilepsie und Hysterie . . . . . Seite 17

Kinberg, *O.*, Om den metatrophiska behandlingen af epilepsi. *Eu*
A., Die Hysterie des Kindes. *Mörchen*, Epileptische Bewußtseinsv
ngen von ungewöhnlicher Dauer und forensischen Folgen. *Ehrcke*,

ck, *C.*, Zur Kasuistik der hysterischen Schlafzustände. *Alt*, *K.*, D
pfung des Status epilepticus. *Dölger*, *R.*, Hysterische rechtsseitige
mit gleichseitiger Hyperästhesie des äußeren Ohres. *Flatau*, *G.*,
n Fall von traumatischer Hysterie mit ungewöhnlicher Häufung von
nen. *Böhmig*, *H.*, Hysterische Unfallerkrankungen bei Telephonist
us, Behandlung der Epilepsie nach *Ceni*. *Renninger*-Uchtspringe, E
Lithium carbonicum bei Epilepsie. *Tetzner*, Ein Fall von doppels
erischer Nackenmuskelkontraktur. *Rowe Jeremy*, A case of Pseud
coris in an Epileptic. *F. Savary Pearce* and *L. N. Boston*, The
pilepsy: Experiments an animals. *Irwin H. Neff*, A case of myo
epsy. *Binswanger*, Hysterie. *Rosanoff*, *A. J.*, The diet in epi
rry, *J. W.*, The curability of epilepsy. *Brush*, *A. C.*, Traumatic ep
ts medico-legal relations. *Graves*, *W. W.*, Anesthesia associated
eralgesia sharply confined to areola-nipple area of both breasts: A
apparently constant stigma in hysteria. *Punton*, *J.*, Mysophobia. *S*
chasthenia, its clinical entity illustrated by a case (Preliminary not

Alkoholismus und toxische Psychosen. Ref.: Peretti-Grafenberg ..... Seite

Laehr, *Max*, Alkoholismus und Nervosität. *Laquer*, Trunksuch
perenz in den Vereinigten Staaten. *Stoll*, Alkohol und Kaffee in
kung auf Herzleiden und nervöse Störungen. *Kielholz*, Die Alkoh
Pflegeanstalt Rheinau. *Schröder*, Über chronische Alkoholpsych
cke, Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. *Stegmann*
ungen bei der Suggestivbehandlung von Alkoholkranken. *Gudden*
delirium. *Reichardt*, Zur Symptomatologie des Delirium tremens. *G*
ervation d'une dipsomanie. *Pick*, Psychology of a particular fo
ological intoxication. *Lorenzi*, Il Suicidio negli Alcoolisti. *Pelz*
rag zum Codeïnismus. *Kreß*, Veronalismus. *Halberstadt* et *Charpe*
ubles psychiques d'origine probablement sulfo-carbonée. *Cerletti*,
zioni sulla patogenesi di alcune psicosi tossiche a proposito di un
sichosi cloralica.

Idiotie und Kretinismus ..... Seite

Burnet, *James*, A case of amaurotic family idiocy. *De Sanctis*
ntilismi. *Fennell*, Mongolian imbecility. *Nolan*, Clinical and pathol
s.

Anstaltswesen. Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg Seite

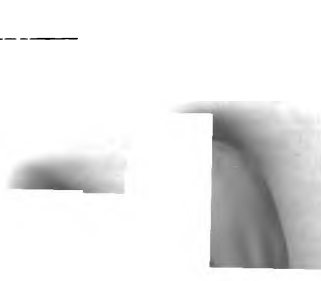
Burger, *Erwin*, Dr., Die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenans
len größeren deutschen Staaten. *Diem*, *Otto*, Dr. med. in Herisau
cho-neurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der G
nken. Bericht der Westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu Ne
1904. Bericht der Westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu Sc
1904. Bericht der Irren- und Idiotenanstalt Dalldorf-Berlin. Beric
nanstalt Herzberge bei Lichtenberg-Berlin. Bericht der Anstalt fü
sche Wuhlgarten-Berlin. Bericht der Heilstätte für Nervenkranke
Snow" in Zehlendorf bei Berlin pro 1904. Bericht der Landes-Irrena
Eberswalde pro 1904. Allgemeines Programm für die Einrichtung
en Brandenburgischen Landes-Irrenanstalt bei Teupitz. VII. Bericht
Pommersche Provinzial-Irrenanstalt zu Lauenburg i. P. 1889—1904. B

- und Idiotenanstalt zu Kosten pro 1904/05. Bericht der Provinz
anstalt Owinsk pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Irrenanstalt
e 1904/05. Bericht des städtischen Irrenhauses zu Breslau pro 190
ht der Provinzial-Irrenanstalt zu Brieg pro 1904/05. Bericht der
al-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau pro 1904/05. Bericht der Provi
und Pflegeanstalt zu Freiburg in Schlesien pro 1904/05. Bericht
inzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Leubus in Schlesien pro 1904/05. Be
Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Rybnik in Schlesien pro 1904/05. 28
Verwaltungsbericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut
rbitz pro 1902/03 und 1903/04. Bericht über das 84. Verwaltung
Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt bei Schleswig 1904. Bericht der
al-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen pro 1904/05. Bericht der Provi
und Pflegeanstalt Hildesheim pro 1904/05. Bericht der Provinzial-
Pflegeanstalt zu Lüneburg pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Heil-
eanstalt zu Osnabrück pro 1904. Bericht der Provinzial-Heila
berg i. W. pro 1904. Bericht der Provinzial-Heilanstalt Lengerich
1904. Bericht der Provinzial-Heilanstalt Münster i. W. pro 1904. Be
Provinzial-Heilanstalt Aplerbeck i. W. Bericht der Provinzial-Pflegea
elborn pro 1904. Bericht der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Weilmü
/05. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg im Rheingau 190
cht über die 6 Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten der Rheinpro
cht der Kreisirrenanstalt Ansbach pro 1904. Bericht der Lokalirrena
Getreu zu Bamberg pro 1902/04. Bericht der Kreisirrenanstalt Bay
1904. Bericht der Kreisirrenanstalt München pro 1904. Die König
hiatrische Klinik in München. I. Festrede zur Eröffnung der Klini
ovember 1904 von Prof. Dr. *Emil Kraepelin*. II. Baubeschreibung
k von *Heilmann* und *Littmann*. Zweiter Bericht aus der psychiatris
k der Universität Würzburg von Professor *Rieger*. Festschrift zu
r des fünfzigjährigen Bestehens der unterfränkischen Heil- und Pf
lt Werneck (1855/1905), dargebracht von der Psychiatrischen Klini
ersität Würzburg. Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre
cht der in Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten
æskranke, Schwachsinnige und Epileptische. 1903. Jahresbericht
und Pflegeanstalt Emmendingen pro 1904. Jahresbericht der psy
nen Klinik Freiburg i. B. 1904. Jahresbericht der Universitäts-Irrenk
elberg 1904. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Illenau
esbericht der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim 1904. Bericht der
und Pflegeanstalt Sachsenberg bei Schwerin i. M. pro 1904. Be
Irren-Heil- und Pflegeanstalt Gehlsheim bei Rostock i. M. pro
cht des Genesungshauses zu Roda pro 1904. Bericht der Irrena
Ilrichsberg bei Hamburg pro 1904. Bericht der Irrenanstalt Langen
cht des St. Jürgen-Asyls in Ellen (Bremen) 1904. Bericht der P
und Pflegeanstalt Rockwinkel (Stat. Oberneuland) bei Bremen pro
cht über die Irrenanstalt zu Lübeck 1. April 1899 bis 31. März
cht der Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld-Hördt pro 1904/05. Be
Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd pro 1904. Bericht der oberö
ischen Landesirrenanstalt Niedernhart pro 1904. Bericht des La
chusses des Erzherzogtums Österreich u. d. Enns. Wohlfahrtsangel
n. 1. Juli 1903 bis 30. Juni 1904. Landesirrenanstalt Wien. K
z Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling. Landes-Pf
lt Ybbs unter Oberleitung von Mauer-Öhling. Landes-Irrenanstalt Kl
urg. Landes-Irrenanstalt Kierling-Gugging. Bericht der mähris
esirrenanstalt in Brünn pro 1904. Bericht der Landes-Irren-Heil-
eanstalt Feldhof bei Graz nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach,

urghölzli pro 1904. Bericht der kantonalen Heil- und Pflegeanstal
natt pro 1904. Jahresberichte der bernischen kantonalen Irrena
Valdau, Münsingen und Bellelay pro 1904. 47. Bericht der Heil- und
nstalt St. Pirminsberg pro 1904. Bericht der kantonalen Heil- und
nstalt Königsfelden (Aargau) pro 1904. 13. Bericht des kantonale
n Wil pro 1904. 13. Bericht der kantonalen Irren- und Kranke
Valdhaus pro 1904. Bericht der evangelischen Heilanstalt für
Sonnenhalde" bei Riehen. Bericht der Privatheilanstalt Friedhe
chlacht (Thurgau) 1903/04. Psychiatrische Streifzüge durch Paris vor
ozent Dr. *R. Förster* in Bonn. La réforme des asiles d'aliénés, l'as
es alliénés en France, en Allemagne, en Italie, en Suisse et en
ar la docteur *Jul. Morel*, médicin-directeur de l'asile d'aliénés de
Mons-Gand. Forty-seventh annual report of the general board of co
ners in Lunacy for Scotland. Fifth annual report of the Manhatta
Hospital, at New York pro 1904. *Sérieux, Paul*, Les asiles spécia
es condamnés aliénés et les psychopathes dangereux. *Chotzen*, F
chäftigung für überwachungsbedürftige Kranke. *Marie*, La tuberculo
es asiles d'aliénés. *D'Orma*, La pazzia nella provincia di Ferrara.
short history of St. Luke's Hospital. *Boyle*, Some points in t
reatment of mental and nervous cases (with special reference to th
Rhodes, The Provision of suitable accomodation for the various f
nsanity. *Menzies*, Some points connected with tuberculosis in asylu

2. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf . . . . . Seit

Der 57. Jahresbericht der englischen Commissioners in Lunac
903. 45. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lu
cotland, 1903. Der 52. Bericht der Inspektoren of Lunatics (Ireland)
ahr bis 31. Dezember 1902. Der 58. Bericht der englischen Comm
n Lunacy, Juni 1904. 46. Jahresbericht des General Board of Comm
n Lunacy for Scotland, 1904. 53. Bericht of the Inspectors of
reland), für das Jahr mit dem Ende 31. Dez. 1903. *Grunau*-Elbi
requenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preußische
nstalten von 1875 bis 1900.



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

EP 28 1907

Digitized by Google

Digitized by Google

SEP 26 1907

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google